



a Point32Health company

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura

Su cobertura de beneficios y servicios de salud y medicamentos recetados de Medicare y MassHealth (Medicaid) como miembro de:

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO SNP) o Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO SNP)

En este documento se ofrece información detallada sobre su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos recetados de Medicare y MassHealth (Medicaid) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Es un documento legal muy importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-670-5934. (Los usuarios TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis.

Este plan, Tufts Health Plan Senior Care Options o Tufts Health Plan Senior Care Options CW, es ofrecido por Tufts Health Plan. Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se menciona "nosotros", "nos", "nuestro(a)" o "nuestros(as)", se hace referencia a Tufts Health Plan. Cuando diga "plan" o "nuestro plan", se refiere a Tufts Health Plan Senior Care Options y Tufts Health Plan Senior Care Options CW, denominados colectivamente como Tufts Health Plan Senior Care Options en el resto de este documento, excepto si se indica lo contrario.

Este documento está disponible gratis en español y en otros idiomas.

Esta información está disponible en diversos formatos, incluso en letra grande.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los afiliados afectados con al menos 30 días de anticipación.

Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan HMO-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa MassHealth (Medicaid) del Commonwealth of Massachusetts. La inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa de Medicaid de Massachusetts para coordinar sus beneficios de MassHealth (Medicaid).

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para obtener información sobre lo siguiente:

- la prima y los costos compartidos de su plan (los miembros elegibles no son responsables de los costos de los servicios cubiertos);
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;

- cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura 2025

Contenidos

CAPÍTULO 1: *Introducción para el miembro*

SECCIÓN 1	Introducción
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?
SECCIÓN 3	Material importante de membresía que recibirá
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Tufts Health Plan Senior Care Options. (Nota: Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, no paga una prima mensual aparte. No paga por los servicios cubiertos).
SECCIÓN 5	Más información sobre la prima mensual: no existe otra prima de SCO que no sea de Medicare
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes*

SECCIÓN 1	Contactos de Tufts Health Plan Senior Care Options (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros)
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad
SECCIÓN 5	Seguro Social
SECCIÓN 6	MassHealth (Medicaid)
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados
SECCIÓN 8	¿Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios?
SECCIÓN 9	Puede recibir ayuda de agencias para personas mayores

CAPÍTULO 3: *Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos*

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre
SECCIÓN 4	¿Qué pasa si le facturan directamente el costo total de sus servicios?
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Contenidos

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para obtener información sobre lo que está cubierto

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Tufts Health Plan Senior Care Options?

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedido por correo del plan

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera?

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de Parte D en situaciones especiales

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y cómo administrarlos

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué período de pago se encuentra

CAPÍTULO 6: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las cuales nos debe solicitar que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el pago o cómo pagar una factura que haya recibido

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

CAPÍTULO 7: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y particularidades culturales como miembro del plan

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

SECCIÓN 3 Cómo lo ayudamos a recibir atención de calidad

CAPÍTULO 8: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*

SECCIÓN 1	Introducción
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada
SECCIÓN 3	Comprensión de reclamos y apelaciones relacionados con Medicare y Medicaid en nuestro plan
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones
SECCIÓN 5	Guía sobre lo básico de decisiones de cobertura y apelaciones
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente internado más prolongada si cree que el médico le dará de alta demasiado pronto
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación a Nivel 3 y superior
SECCIÓN 11	Cómo hacer un reclamo sobre calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes
SECCIÓN 12	Denuncia de fraude, derroche o uso indebido

CAPÍTULO 9: *Fin de su membresía en el plan*

SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de la membresía en nuestro plan
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan
SECCIÓN 5	Tufts Health Plan Senior Care Options debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

CAPÍTULO 10: *Notificaciones legales*

SECCIÓN 1	Notificación sobre leyes vigentes
SECCIÓN 2	Notificación sobre no discriminación
SECCIÓN 3	Notificación sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare
SECCIÓN 4	Notificación sobre la relación entre Tufts Health Plan Senior Care Options y los proveedores
SECCIÓN 5	Notificación sobre el Artículo 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

CAPÍTULO 11: *Definiciones de palabras importantes*

CAPÍTULO 1:

Introducción para el miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan para Necesidades Especiales)

Usted está cubierto tanto por Medicare como por MassHealth (Medicaid):

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **MassHealth (Medicaid)** es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de MassHealth (Medicaid) varía según el tipo de MassHealth (Medicaid) que usted tenga. Algunas personas con MassHealth (Medicaid) obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también tienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos recetados de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan, Tufts Health Plan Senior Care Options. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de Parte A y Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de los de Original Medicare.

Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan para Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Tufts Health Plan Senior Care Options fue concebido para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid) con los costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguro) de Medicare Parte A y Parte B, es posible que no pague nada por sus servicios de cuidado de la salud de Medicare. MassHealth (Medicaid) también le proporciona otros beneficios, ya que cubre servicios de cuidado de la salud que generalmente no se cubren con Medicare. También recibirá “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Tufts Health Plan Senior Care Options ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, de manera que reciba servicios de cuidado de la salud y de asistencia de pago a los que tiene derecho.

Tufts Health Plan Senior Care Options es administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Necesidades Especiales de Medicare tiene la aprobación de Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa MassHealth

(Medicaid) de Massachusetts para coordinar sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Tenemos el agrado de proporcionarle cobertura de cuidado de la salud de Medicare y MassHealth (Medicaid), que incluye cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura de este plan reúne los requisitos de una cobertura médica calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento de *Evidencia de Cobertura*?

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo recibir su atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid), servicios de cuidados a largo plazo o servicios domiciliarios y comunitarios, así como medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, los servicios de cuidados a largo plazo o los servicios domiciliarios y comunitarios, así como a los servicios y medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options.

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios que están disponibles para usted. Lo instamos a dedicar un tiempo para revisar este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Tufts Health Plan Senior Care Options cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estas notificaciones se llaman *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en el plan que ofrecemos. Esto quiere decir que podemos cambiar los costos y los beneficios de Tufts Health Plan Senior Care Options después del 31 de diciembre de 2025. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio distinta después del 31 de diciembre de 2025. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y el Commonwealth of Massachusetts deben aprobar el Tufts Health Plan Senior Care Options todos los años. Puede seguir cada año con su cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir ofreciéndolo y tanto Medicare como el Commonwealth of Massachusetts renueven la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options

Usted debe estar inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options para ser un miembro del plan.

- Tufts Health Plan acepta y procesa las solicitudes en el orden en que se reciben, independientemente de su estado de ingresos, condición física o conductual, edad, género, identidad de género, orientación sexual, religión, credo, raza, color, discapacidad física o conductual, origen étnico, ascendencia, afecciones preexistentes, condición de salud o condición de salud esperada, o necesidad de servicios de cuidado de la salud, de conformidad con los requisitos federales y estatales.
- Tufts Health Plan evaluará su nivel de atención y, si es necesario, enviará un conjunto mínimo de datos para la atención a domicilio (MDS-HC) a la Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) del estado en el plazo de 30 días posteriores a la fecha de entrada en vigor.
- Las solicitudes de inscripción que los beneficiarios elegibles envían a Tufts Health Plan antes del último día hábil del mes se procesan y entran en vigor el primer día calendario del mes siguiente.
- Tufts Health Plan es responsable de brindarle los servicios cubiertos a partir de la fecha de entrada en vigor de su inscripción.
- Si su solicitud de inscripción es denegada, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión a través del proceso de quejas descrito en el Capítulo 8 de esta Evidencia de Cobertura.

Sección 2.2 Sus requisitos de elegibilidad

Es elegible para una membresía en nuestro plan siempre y cuando:

- tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B;
- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella;
- sea ciudadano estadounidense o tenga residencia legal en los Estados Unidos; y
- cumpla los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de MassHealth (Medicaid). MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Para ser elegible para nuestro plan debe:

- Tener 65 años o más
- Estar inscrito en MassHealth (Medicaid)
- Vivir en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 describe nuestra área de servicio)
- No tener ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare
- Vivir en su casa o en un centro de cuidados a largo plazo (no puede ser un paciente internado en un hospital de atención crónica ni de rehabilitación ni vivir en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales).

Es posible que también reúna los requisitos si es elegible para el programa de Exención para Adultos Mayores Frágiles (FEW). Para obtener más información sobre el programa FEW, comuníquese con los Puntos de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP) por el número de teléfono 1-800-243-4636, TTY: 1-800-439-2370.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted pierde su elegibilidad, pero existen motivos razonables para suponer que volverá a ser elegible dentro de **un** mes, aún será elegible para una membresía en nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 describe la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua atribuida).

Sección 2.3 ¿Qué es MassHealth (Medicaid)?

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos y de cuidados a largo plazo de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se contabiliza como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios tienen cobertura y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre y cuando sigan las directrices federales.

Asimismo, hay programas que se ofrecen mediante MassHealth (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios totales MassHealth [Medicaid] [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios totales MassHealth [Medicaid] [SLMB+]).

Sección 2.4 Área de servicio de Tufts Health Plan Senior Care Options

Si bien Medicare es un programa federal, Tufts Health Plan Senior Care Options está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro del plan, debe mantener su residencia en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio:

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Massachusetts.

- Condado de Barnstable
- Condado de Bristol
- Condado de Essex
- Condado de Hampden
- Condado de Hampshire
- Condado de Middlesex
- Condado de Norfolk
- Condado de Plymouth
- Condado de Suffolk
- Condado de Worcester

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare disponible en la nueva ubicación.

Además, es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o residente legal

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o con estadia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le informará a Tufts Health Plan Senior Care Options si no es elegible para ser miembro según esta condición. Tufts Health Plan Senior Care Options debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras es miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos recetados que compre en las farmacias de la red. Además, debería mostrarle al proveedor su tarjeta de MassHealth (Medicaid). El siguiente es un ejemplo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo es:

 a Point2Health company	
Senior Care Options CW (HMO SNP)	
RxBIN 610011	Copays
RxPCN CTRXMEDD	\$0 PCP OV
RxGRP RXMEDD	\$0 Spec OV
Plan (80840)	\$0 ER
MedicareRx  Prescription Drug Coverage X	
ID S90000001	Issued: 01/01/2025
Name FIRST A. LAST	CMS - H8330 - XXX

IN AN EMERGENCY: If your life is in danger, call 911 or go to the nearest emergency room.
Member Services: 1-855-670-5934 (TTY: 711)
Provider Services: 1-800-279-9022
DentaQuest: 1-888-309-6508
Send Medical Claims to: Tufts Health Plan Senior Care Options, P.O. Box 518, Canton, MA 02021
Send Pharmacy Claims to: OptumRx Claims Department, P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
Send Dental Claims to: DentaQuest, Tufts Health Plan Senior Care Options, 12121 N. Corporate Parkway, Mequon, WI 53092
Website: www.thmp.org/sco-member

 Senior Care Options RxBIN 610011 RxPCN CTRXMEDD RxGRP RXMEDI Plan (80840) ID S90000001 Name FIRST A. LAST Copays \$0 PCP OV \$0 Spec OV \$0 ER  Issued: 01/01/2025	IN AN EMERGENCY: If your life is in danger, call 911 or go to the nearest emergency room. Member Services: 1-855-670-5934 (TTY: 711) Provider Services: 1-800-279-9022 DentaQuest: 1-888-309-6508 Send Medical Claims to: Tufts Health Plan Senior Care Options, P.O. Box 518, Canton, MA 02021 Send Pharmacy Claims to: OptumRx Claims Department, P.O. Box 650334, Dallas, TX 75265-0334 Send Dental Claims to: DentaQuest, Tufts Health Plan Senior Care Options, 12121 N. Corporate Parkway, Mequon, WI 53092 Website: www.thpmp.org/sco-member
--	--

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de membresía de Tufts Health Plan Senior Care Options, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Nota: Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos cuando utilice su tarjeta de membresía. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos. Si la tarjeta de membresía en el plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias: Su guía de todos los proveedores y farmacias en la red del plan

En el *Directorio de proveedores y farmacias* que aparece en www.thpmp.org/sco se indican los proveedores, las farmacias y los distribuidores de equipos médicos duraderos actuales de nuestra red. Todos los proveedores del *Directorio de proveedores y farmacias* aceptan tanto Medicare como MassHealth (Medicaid).

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos y distribuidores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Nota: Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

Debe acudir a los proveedores de la red para recibir atención médica y servicios. Si va a otro sitio sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Tufts Health Plan Senior Care Options autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista de proveedores y distribuidores actualizada está disponible en nuestro sitio web, www.thpmp.org/sco.

En el *Directorio de farmacias* que aparece en www.thpmp.org/sco se indican las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una (electrónicamente o en papel) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de Directorios de proveedores y farmacias en formato papel se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. Puede pedir a Servicios para Miembros más información de los proveedores de nuestra red, incluyendo sus calificaciones. Además, puede revisar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.thpmp.org/sco o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre cambios en proveedores o farmacias de nuestra red.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para fines prácticos. Indica los medicamentos recetados de Parte D que están cubiertos por el beneficio de Parte D en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options. Además de los medicamentos cubiertos por Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). En la Lista de medicamentos de venta libre (OTC) se explica cuáles medicamentos están cubiertos a través de MassHealth Standard (Medicaid). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Tufts Health Plan Senior Care Options.

Además, la Lista de medicamentos indica si hay reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada de los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.thpmp.org/sco) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Tufts Health Plan Senior Care Options. (Nota: Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, no paga una prima mensual aparte. No paga por los servicios cubiertos).

Nota: en esta Sección 4, todo lo que se refiere a “primas” y “cambios en la prima” es para las primas de Medicare. Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, MassHealth (Medicaid) paga sus primas de Medicare y estas no cambiarán.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual aparte para Tufts Health Plan Senior Care Options.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad con MassHealth (Medicaid), así como tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options, MassHealth (Medicaid) paga la prima de Parte A (si no reúne los requisitos para eso automáticamente) y la prima de Parte B.

Si MassHealth (Medicaid) no está pagando sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de Parte B. También puede incluir una prima de Parte A que afecta a los miembros que no cumplen con los requisitos de Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en Parte D

Debido a que tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doble elegibilidad. Sin embargo, si pierde la condición, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía en Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de Parte D si en algún momento después del término del período de inscripción inicial hay un período de 63 días seguidos o más en el que no tiene Parte D ni otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es la cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, como mínimo, un equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de esa multa depende del tiempo que estuvo sin Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa por el tiempo que tenga la cobertura de Parte D.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Extra Help” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA). Su compañía de seguros o el Departamento de Recursos Humanos le indicarán anualmente si la cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información por correo o puede incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Toda notificación debe indicar que tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable por la que se esperaba que pagara tanto como paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - **Nota:** Lo siguiente *no* se considera cobertura de medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuentos de medicamentos recetados, clínicas gratis y sitios web de descuentos de medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Así funciona:

- Primero, contamos la cantidad de meses totales que demora en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de ser elegible para la inscripción. O contamos la cantidad de meses totales en los que no tuvo cobertura de medicamentos recetados acreditable, si el período que estuvo sin cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo una cobertura acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina la cantidad promedio de la prima mensual para los planes de medicamentos de Medicare en el país según el año anterior. Para 2025, la cantidad promedio de la prima es de \$36.78.

- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de multa por la prima mensual promedio y luego, redondee el total a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por \$36.78, que equivale a \$5.15. Esto se redondea a \$5.20. Esta cantidad se sumará **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en Parte D.**

Hay tres cosas importantes que se deben tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar todos los años.
- En segundo lugar, **seguirá con el pago de una multa** mensual durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tiene beneficios para medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia los planes.
- Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en Parte D se basará solo en los meses que no ha tenido cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare por tercera edad.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión. Por lo general, puede solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la primera carta que recibió donde se indicaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra opción de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía en Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre la multa por inscripción tardía. Si no paga, podría cancelarse su inscripción en el plan por falta de pago de las primas.

Sección 4.4 Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en la declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad estándar por la prima y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la suma adicional que posiblemente deba pagar según su ingreso, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no el plan de Medicare, le enviará una carta que indique cuál será la cantidad adicional. La suma adicional se retendrá del pago del cheque del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo paga habitualmente la prima del plan, a menos que el beneficio mensual que recibe no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la suma adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la suma adicional al gobierno. No puede pagarla con la prima**

mensual del plan. Si no paga la suma adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Si no está de acuerdo con el pago de una suma adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual: no existe otra prima de SCO que no sea de Medicare

Sección 5.1 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?
--

No. No tenemos autorización para cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, podría dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda. O debe comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si se vuelve elegible para el programa “Extra Help” o si pierde la elegibilidad para este programa durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en Parte D y se vuelve elegible para “Extra Help” durante el año, podrá dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Extra Help, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más en forma consecutiva sin Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Puede encontrar más información sobre el programa “Extra Help” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan

El registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, incluyendo su proveedor primario de cuidados médicos.

Los médicos, los hospitales, las farmacias y otros proveedores en la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costo compartido que le corresponden.** Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en alguna otra cobertura de seguros médicos que tenga (como del empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja, compensación del trabajador, o MassHealth [Medicaid]). Tenga en cuenta que para ser elegible para Tufts Health Plan Senior Care Options no debe tener ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare.
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes automovilísticos.
- Si lo han ingresado a una casa de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de atención o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. **Nota:** No es necesario que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga.

Si alguna de esta información cambia, llame a Servicios para Miembros. Los miembros con una cuenta personal en línea pueden actualizar parte de su información en nuestro sitio web. Para obtener detalles sobre cómo crear una cuenta personal segura, llame a Servicios para Miembros o ingrese a www.thpmp.org/registration.

Además, es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Todos los cambios que afectan la elegibilidad también deben notificarse a MassHealth (Medicaid) en un plazo de 10 días, o antes, si es posible.

Si tiene cambios que notificar, comuníquese con MassHealth (Medicaid) mediante uno de los siguientes métodos:

- Llame a MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900 (TTY: 711)
- Envíe un fax a MassHealth (Medicaid) al 1-857-323-8300
- O notifique a MassHealth (Medicaid) por correo a:
Health Insurance Processing Center
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Nota: Es posible que esta sección no corresponda a su caso porque la inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options está restringida para miembros que no tienen ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare.

Medicare exige que recopilemos información sobre usted y sobre otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar otras coberturas que tenga con los beneficios de nuestro plan. Este proceso se conoce como **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año le enviaremos una carta en la que se indicarán las otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si la información es correcta, usted no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que tenga que proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (después de que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen a tiempo y de forma correcta.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar se llama pagador secundario y solo paga los costos que no cubrió la cobertura principal, si los hubiera. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmelo al médico, al hospital y a la farmacia.

Estas reglas se aplican para la cobertura del plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de uno de los miembros de su familia, el pagador principal estará sujeto a su edad, a la cantidad de personas empleadas por el empleador y a si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad y usted o un miembro de su familia aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare por ESRD, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de ser elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro contra todo riesgo (que incluye seguro para automóviles)
- Responsabilidad civil (que incluye seguro para automóviles)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación del trabajador

MassHealth (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después del pago de Medicare o los planes de salud grupales del empleador.

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono
y recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Tufts Health Plan Senior Care Options (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamaciones o facturación o para hacer preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de intérprete disponibles para las personas que requieren servicios de traducción.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9487
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Servicios para Miembros P.O. Box 494 Canton, MA 02021

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de intérprete disponibles para las personas que requieren servicios de traducción.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9487

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Servicios para Miembros P.O. Box 494 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de intérprete disponibles para las personas que requieren servicios de traducción.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando hace un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o alguno de los proveedores de nuestra red, como un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago. Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo con respecto a la atención médica, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

Método	Reclamos sobre atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de intérprete disponibles para las personas que requieren servicios de traducción.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Reclamos sobre atención médica: Información de contacto
	Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de Parte D

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados de Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de Parte D, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

Método	Decisiones de cobertura de los medicamentos recetados de Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días

Método	Decisiones de cobertura de los medicamentos recetados de Parte D: información de contacto
	festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de intérprete disponibles para las personas que requieren servicios de traducción.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-673-0956
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Servicios para Miembros P.O. Box 494 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de Parte D, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

Método	Apelaciones relativas a los medicamentos recetados de Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de intérprete disponibles para las personas que requieren servicios de traducción.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thmp.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando hace un reclamo sobre sus medicamentos recetados de Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o algunas de las farmacias de nuestra red, como un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago. Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo con respecto a la atención médica, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*.

Método	Reclamos relativos a los medicamentos recetados de Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de intérprete disponibles para las personas que requieren servicios de traducción.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021

Método	Reclamos relativos a los medicamentos recetados de Parte D: información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

A dónde enviar una solicitud en la que nos pide pagar el costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que usted podría necesitar solicitarnos un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*, para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de intérprete disponibles para las personas que requieren servicios de traducción.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
	Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-1028
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options P.O. Box 518 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada CMS por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana.

Método	Medicare: información de contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los actuales asuntos de Medicare. También cuenta con información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en Massachusetts. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad para Medicare: Provee información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.
SITIO WEB (CONTINUACIÓN)	• Buscador de planes de Medicare: Provee información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo aproximado</i> de lo que podrían ser sus gastos directos del bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare de cualquier reclamo que tenga con respecto a Tufts Health Plan Senior Care Options: • Informe a Medicare de su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Método	Medicare: información de contacto
	Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O bien puede llamar a Medicare e indicar qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, acrónimo de Serving the Health Insurance Needs of Everyone (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos).

El programa SHINE es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratis sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a hacer reclamos sobre su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [Localizador de SHIP] en el centro de la página)
- Seleccione Massachusetts de la lista. Esto lo dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos para Massachusetts.

Método	SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) (SHIP de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	1-800-439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que paga el gobierno federal. Esta organización recibe pagos de Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debería comunicarse con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Usted cree que la cobertura de su hospitalización va a terminar demasiado pronto.

- Usted cree que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) va a terminar demasiado pronto.

Método	Acentra Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-888-319-8452 Lunes a viernes: 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y festivos: 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Hay servicio de correo de voz disponible 24 horas al día. Hay servicios de traducción disponibles para beneficiarios y cuidadores que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Acentra Health Programa BFCC-QIO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y administrar las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales mayores de 65 años que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para inscribirse en Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social es también responsable de determinar quiénes tienen que pagar una suma adicional por la cobertura de medicamentos de Parte D porque tienen mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que le indican que tiene que pagar la suma adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos bajaron debido a un acontecimiento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir que reconsidere su decisión.

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios automatizados de teléfono del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites 24 horas al día.
TTY	1-800-325-0778 Las llamadas a este número son gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Ofrece diferentes tipos de cobertura, incluida la cobertura para personas mayores elegibles. Un tipo de cobertura es MassHealth Standard (Medicaid), la cobertura más completa que ofrece MassHealth (Medicaid). Paga una amplia gama de beneficios de cuidado de la salud, incluyendo los servicios de cuidados a largo plazo. Algunas personas con Medicare también son elegibles para MassHealth Standard (Medicaid). Los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options deben estar inscritos en MassHealth Standard (Medicaid).

MassHealth (Medicaid) paga los servicios no cubiertos por Medicare y cubrirá ciertos servicios una vez que se haya agotado el beneficio de Medicare. Consulte el Capítulo 4 de este material para obtener más información sobre los beneficios cubiertos por MassHealth Standard (Medicaid).

Asimismo, hay programas que se ofrecen mediante MassHealth (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos “Programas de

Ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios totales Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios totales Medicaid [SLMB+]).

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de MassHealth (Medicaid), comuníquese con MassHealth (el programa Medicaid de Massachusetts).

Método	MassHealth (Programa de Medicaid de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-800-841-2900 Horario de atención: Autoservicio disponible 24 horas al día en inglés y español. Otros servicios disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; servicios de intérprete disponibles. El horario de atención del Centro de Inscripción de MassHealth (MEC) es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	MassHealth Central Office 100 Hancock Street, 1st Floor Quincy, MA 02171
SITIO WEB	www.mass.gov/topics/masshealth

MassOptions comunica a personas mayores, personas con discapacidades y sus cuidadores con agencias y organizaciones que puedan satisfacer mejor sus necesidades.

Método	MassOptions: información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636 Horario de atención: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También está disponible la función de chat en línea.
TTY	N/A
SITIO WEB	www.massoptions.org

El programa My Ombudsman (Mi defensor de derechos) ayuda a las personas inscritas en MassHealth (Medicaid) con problemas de servicios o de facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan.

Método	My Ombudsman: información de contacto
LLAME AL	1-855-781-9898 Disponible de 9:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes. Deje un mensaje en el sistema de buzón de voz seguro de My Ombudsman en cualquier momento.
Videoteléfono	1-339-224-6831
ESCRIBA A	My Ombudsman 25 Kingston Street 4 th Floor Boston, MA 02111 Correo electrónico: info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

El *Programa de Defensor de Derechos de Cuidados a Largo Plazo (LTC)* ayuda a que las personas reciban información sobre casas de reposo y a solucionar problemas entre las casas de reposo y los residentes o sus familias.

Método	Puente hacia la atención de calidad, el defensor de derechos de cuidados a largo plazo de Massachusetts: información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5th Floor Boston, MA 02109
SITIO WEB	www.mass.gov/service-details/ombudsman-programs

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

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

Programa “Extra Help” de Medicare

Debido a que es elegible para MassHealth (Medicaid), califica y recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para recibir “Extra Help”.

Si tiene preguntas sobre “Extra Help”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
- Puede llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, o
- a la oficina de MassHealth (Medicaid) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que usted está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando surte su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda para obtener evidencia de su nivel adecuado de copago o, si ya tiene la evidencia, nos la puede dar.

- Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para obtener o proporcionar la mejor evidencia disponible de su nivel de copago apropiado.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta en la farmacia. Si usted pagó en exceso el copago, lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto que pagó en exceso o se le compensaremos en futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está contabilizando su copago como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacerle el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros.

SECCIÓN 8 ¿Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios?

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les notifique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes; y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB, donde habrá información grabada 24 horas al día, incluso fines de semana y festivos.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: Información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 Puede recibir ayuda de agencias para personas mayores

En Massachusetts, las siguientes agencias ofrecen ayuda a personas mayores a partir de los 60 años y a sus familias, amigos y cuidadores:

- **Puntos de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP):** son puntos de acceso únicos a todos los servicios y beneficios disponibles para personas mayores en Massachusetts. Estas agencias proporcionan información, solicitudes, servicios directos y derivaciones.
- **Comités o Centros de Personas Mayores:** los Comités de Personas Mayores (COA) son organizaciones de voluntarios locales que ofrecen información y servicios directos para personas mayores y sus cuidadores y otras personas con asuntos relacionados con el proceso de envejecimiento. Los COA forman parte del gobierno local y trabajan con otras agencias para personas mayores y departamentos de la ciudad o municipio para ofrecer programas sociales, recreativos, de salud, protección y educación para personas mayores en sus comunidades.
- MassOptions.org es un sitio web en el que personas mayores y sus familias pueden obtener información sobre programas y servicios dirigidos a ellos en Massachusetts. Es un servicio de la Executive Office of Health and Human Services de Massachusetts.

Para obtener información sobre cualquiera de estas agencias, llame a MassOptions al 1-800-243-4636 o visite su sitio web www.massoptions.org.

Puntos de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP) en Massachusetts

Puntos de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP) en Massachusetts | Mass.gov

UBICACIONES: Comuníquese con los servicios de atención domiciliaria en los Puntos de Acceso de Servicios para Personas Mayores

ASAP	AgeSpan: información de contacto
LLAME AL	1-978-683-7747 Número sin costo: (800) 892-0890 Áreas atendidas: Amesbury, Andover, Billerica, Boxford, Chelmsford, Danvers, Dracut, Dunstable, Georgetown, Groveland, Haverhill, Lawrence, Lowell, Marblehead, Merrimack, Methuen, Middleton, Newbury, Newburyport, North Andover, Peabody, Rowley, Salem, Salisbury, Tewksbury, Tyngsboro, West Newbury, Westford
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.
DIRECCIÓN	280 Merrimack Street, Suite 400 Lawrence, MA 01843
SITIO WEB	http://www.agespan.org

ASAP	Aging Services of North Central Massachusetts: información de contacto
LLAME AL	1-978-537-7411 Áreas atendidas: Ashburnham, Ashby, Ayer, Berlin, Bolton, Clinton, Fitchburg, Gardner, Groton, Hubbardston, Lancaster, Leominster, Pepperell, Princeton, Shirley, Sterling, Templeton, Townsend, Westminster, Winchendon
DIRECCIÓN	680 Mechanic Street, Suite 120 Leominster, MA 01453
SITIO WEB	https://www.agingservicesma.org/

ASAP	Boston Senior Home Care: información de contacto
LLAME AL	1-617-292-6211 Áreas atendidas: Vecindarios de Boston de Beacon Hill, Boston, Charlestown, Dorchester, Downtown, East Boston, North End, South Boston, South Cove, West End
DIRECCIÓN	89 South Street, Lincoln Plaza Suite 501 Boston, MA 02111
SITIO WEB	https://www.bshcinfo.org

ASAP	Bristol Elder Services, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-508-675-2101 Áreas atendidas: Attleborough, Berkley, Dighton, Fall River, Freetown, Mansfield, North Attleborough, Norton, Raynham, Rehoboth, Seekonk, Somerset, Swansea, Taunton, Westport
DIRECCIÓN	1 Father DeValles Blvd., Unit 8 Fall River, MA 02723
SITIO WEB	http://www.bristolelder.org

ASAP	Central Boston Elder Services: información de contacto
LLAME AL	1-617-277-7416 Áreas atendidas: Vecindarios de Boston de Allston, Back Bay, Boston, Brighton, Fenway, Jamaica Plain, Kenmore/Fenway, Mission Hill, Roxbury, South End
DIRECCIÓN	2315 Washington Street Boston, MA
SITIO WEB	https://centralboston.org/

ASAP	Coastline Elderly Services, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-508-999-6400 Áreas atendidas: Acushnet, Dartmouth, Fairhaven, Gosnold, Marion, Mattapoisett, New Bedford, Rochester
DIRECCIÓN	863 Belleville Avenue New Bedford, MA 02745
SITIO WEB	http://www.coastlineelderly.org

ASAP	Elder Services of Cape Cod and the Islands, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-508-394-4630 Áreas atendidas: Aquinnah, Barnstable, Bourne, Brewster, Buzzards Bay, Chatham, Chilmark, Dennis, Eastham, Edgartown, Falmouth, Gay Head, Harwich, Hyannis, Mashpee, Nantucket, Oak Bluffs, Orleans, Provincetown, Sandwich, Tisbury, Truro, Wellfleet, West Tisbury, Yarmouth
DIRECCIÓN	68 Route 134 South Dennis, MA 02660
SITIO WEB	http://www.escci.org

ASAP	Elder Services of Worcester Area, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-508-756-1545 Áreas atendidas: Auburn, Barre, Boylston, Grafton, Hardwick, Holden, Leicester, Millbury, New Braintree, Oakham, Paxton, Rutland, Shrewsbury, West Boylston, Worcester
DIRECCIÓN	67 Millbrook Street, Suite 100 Worcester MA 01606
SITIO WEB	http://www.eswa.org

ASAP	Greater Lynn Senior Services, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-781-599- 0110 Áreas atendidas: Lynn, Lynnfield, Nahant, Saugus, Swampscott
DIRECCIÓN	8 Silsbee St. Lynn, MA 01901
SITIO WEB	http://www.glss.net

ASAP	Ethos: información de contacto
LLAME AL	1-617-522-6700 Áreas atendidas: Vecindarios de Boston de Jamaica Plain, Roslindale, West Roxbury, Hyde Park y Mattapan
DIRECCIÓN	555 Amory Street Jamaica Plain, MA 02130
SITIO WEB	https://www.ethocare.org/

ASAP	Greater Springfield Senior Services, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-413-781-8800 1-413-781-0632 Áreas atendidas: Agawam, Brimfield, East Longmeadow, Hampden, Holland, Longmeadow, Monson, Palmer, Springfield, Wales, West Springfield, Wilbraham
DIRECCIÓN	66 Industry Ave. Springfield, MA 01104
SITIO WEB	http://www.gsssi.org

ASAP	HESSCO Elder Services: información de contacto
LLAME AL	1-781-784-4944 Áreas atendidas: Canton, Dedham, Foxborough, Medfield, Millis, Norfolk, Norwood, Plainville, Sharon, Walpole, Westwood, Wrentham
DIRECCIÓN	545 South Street Walpole, MA 02081
SITIO WEB	http://www.hessco.org

ASAP	Highland Valley Elder Services, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-413-586-2000 Áreas atendidas: Amherst, Blandford, Chester, Chesterfield, Cummington, Easthampton, Goshen, Granville, Hadley, Hatfield, Huntington, Middlefield, Montgomery, Northampton, Pelham, Plainfield, Russell, Southampton, Southwick, Tolland, Westfield, Westhampton, Williamsburg, Worthington
DIRECCIÓN	320 Riverside Drive Suite B Florence, MA 01062
SITIO WEB	http://www.highlandvalley.org

ASAP	LifePath, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-413-773-5555 Áreas atendidas: Ashfield, Athol, Bernardston, Buckland, Charlemont, Colrain, Conway, Deerfield, Erving, Gill, Greenfield, Hawley, Heath, Leverett, Leyden, Monroe, Montague, New Salem, Northfield, Orange, Petersham, Phillipston, Rowe, Royalston, Shelburne, Shelburne Falls, Shutesbury, Sunderland, Turner Falls, Warwick, Wendell, Whately
DIRECCIÓN	101 Munson St., Suite 201 Greenfield, MA 01301
SITIO WEB	http://LifePathMA.org

ASAP	Minuteman Senior Services: información de contacto
LLAME AL	1-781-272-7177 Áreas atendidas: Acton, Arlington, Bedford, Boxborough, Burlington, Carlisle, Concord, Harvard, Lexington, Lincoln, Littleton, Maynard, Stow, Wilmington, Winchester, Woburn
DIRECCIÓN	One Burlington Woods Drive, Suite 101 Burlington, MA 01803
SITIO WEB	http://www.minutemansenior.org

ASAP	Mystic Valley Elder Services, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-781-324-7705 Áreas atendidas: Chelsea, Everett, Malden, Medford, Melrose, North Reading, Reading, Revere, Stoneham, Wakefield, Winthrop
DIRECCIÓN	300 Commercial Street, Suite #19 Malden, MA 02148
SITIO WEB	http://www.mves.org

ASAP	Old Colony Elder Services, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-508-584-1561 Áreas atendidas: Abington, Avon, Bridgewater, Brockton, Carver, Duxbury, East Bridgewater, Easton, Halifax, Hanover, Hanson, Kingston, Lakeville, Marshfield, Middleborough, Pembroke, Plymouth, Plympton, Rockland, Stoughton, Wareham, West Bridgewater, Whitman
DIRECCIÓN	144 Main St. Brockton, MA 02301
SITIO WEB	https://www.ocesma.org

ASAP	SeniorCare, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-978-281-1750 Áreas atendidas: Beverly, Essex, Gloucester, Hamilton, Ipswich, Manchester-by-the-Sea, Rockport, Topsfield, Wenham
DIRECCIÓN	49 Blackburn Center Gloucester, MA 01930
SITIO WEB	https://seniorcareinc.org

ASAP	Somerville/Cambridge Elder Services, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-617-628-2601 Áreas atendidas: Cambridge, Somerville
DIRECCIÓN	61 Medford Street Somerville, MA 02143
SITIO WEB	https://eldercare.org

ASAP	South Shore Elder Services, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-781-848-3910 Áreas atendidas: Braintree, Cohasset, Hingham, Holbrook, Hull, Milton, Norwell, Quincy, Randolph, Scituate, Weymouth
DIRECCIÓN	1515 Washington Street Braintree, MA 02184
SITIO WEB	http://www.sselder.org

ASAP	Springwell, Inc.: información de contacto
LLAME AL	Springwell, Waltham TELÉFONO: 617-926-4100 Springwell, Marlboro TELÉFONO: 508-573-7200 Áreas atendidas: Ashland, Belmont, Brookline, Chestnut Hill, Dover, Framingham, Holliston, Hopkinton, Hudson, Marlboro, Natick, Needham, Newton, Northborough, Sherborn, Southborough, Sudbury, Waltham, Watertown, Wayland, Wellesley, Westborough, Weston
DIRECCIÓN	307 Waverly Oaks Rd Waltham, MA 02452 33 Boston Post Rd. W. Marlboro, MA 01752
SITIO WEB	http://www.springwell.com

ASAP	Tri-Valley, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-508-949-6640 Áreas atendidas: Bellingham, Blackstone, Brookfield, Charlton, Douglas, Dudley, East Brookfield, Franklin, Hopedale, Medway, Mendon, Milford, Millville, North Brookfield, Northbridge, Oxford, Southbridge, Spencer, Sturbridge, Sutton, Upton, Uxbridge, Warren, Webster, West Brookfield
DIRECCIÓN	10 Mill Street Dudley, MA 01571
SITIO WEB	http://www.trivalleyinc.org

ASAP	WestMass Elder Care, Inc.: información de contacto
LLAME AL	1-413-538-9020 Áreas atendidas: Belchertown, Chicopee, Granby, Holyoke, Ludlow, South Hadley, Ware
DIRECCIÓN	4 Valley Mill Rd Holyoke, MA 01040
SITIO WEB	http://www.wmeldercare.org

CAPÍTULO 3:

*Uso del plan para sus servicios
médicos y otros servicios cubiertos*

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener cobertura de su atención médica y otros servicios. Hay definiciones de términos y se explican las reglas que tendrá que seguir para recibir tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otros tipos de atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener información más detallada sobre qué tipo de atención médica y qué otros servicios están cubiertos por nuestro plan, consulte el cuadro de beneficios que aparece en el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le proporcionan. Cuando lo atiende un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de cuidados de la salud, suministros, equipos y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se abordan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como un plan de salud de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid), Tufts Health Plan Senior Care Options debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y puede ofrecer otros servicios adicionales a los que cubre Original Medicare.

Tufts Health Plan Senior Care Options generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- **La atención que usted reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que usted reciba sea considerada médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica, y para cumplir con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) de la red que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe seleccionar un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe darle una aprobación anticipada para que pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle una derivación. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren derivaciones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. Hay también algunos tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación anticipada de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted deba recibir atención de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red (proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no tendrá cobertura. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare o MassHealth (Medicaid) exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red si su PCP lo ha referido. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo recibir una autorización para ver un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene el servicio de diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede

exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Debe escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica

¿Qué es un “PCP” y qué hace por usted?

Cuando pasa a ser miembro de nuestro plan, debe escoger un proveedor de la red para que sea su PCP. El PCP es un médico, enfermera practicante o asistente médico que cumple los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención de salud básica. Tal como explicaremos más adelante, el PCP le brindará atención básica o de rutina. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan.

¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?

Por lo general, los médicos de las áreas de Medicina Interna, Medicina General, Geriátrica o Familia actúan como PCP. Una enfermera practicante o asistente médico también pueden ser un PCP.

¿Cómo recibe atención de su PCP?

Usted generalmente verá primero a su PCP/Equipo de Atención Primaria (PCT) para la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud. Su PCP/PCT le brindará la mayor parte de la atención y ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan. Esto incluye radiografías, exámenes de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, hospitalizaciones y atención de seguimiento.

A veces es posible que necesite hablar con su médico de atención primaria (PCP) o recibir atención médica cuando el consultorio del PCP está cerrado. Si tiene una situación que no es una emergencia y necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención, puede llamar al consultorio de su PCP en cualquier momento y habrá un médico de turno que lo podrá ayudar. Los miembros con problemas de audición o del habla con máquinas TTY pueden llamar a Massachusetts Relay Association al TTY 1-800-439-2370 para que los ayuden a comunicarse con el PCP o PCT fuera del horario de atención. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las

personas que tienen dificultades de audición o del habla. (El número que no es TTY de Massachusetts Relay Association es el 1-800-439-0183).

¿Cuál es el papel del PCP/PCT en la coordinación de los servicios cubiertos?

“Coordinar” sus servicios comprende conversar con usted y con otros proveedores del plan con respecto a su atención. Estos otros proveedores del plan, como un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC), enfermera practicante, enfermera registrada o asistente médico, pueden trabajar con usted y el PCP para formar el Equipo de Atención Primaria (PCT) encargado de coordinar su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, el PCP, después de confirmar la situación con usted y su PCT, puede referirlo a un especialista del plan. Su PCP podría tener ciertos especialistas del plan que pueden proporcionarle la mejor atención. El especialista del plan puede ser alguien que trabaja con su PCP y su PCT de manera regular y puede coordinar su atención sin problemas y en forma oportuna. (Por supuesto, en caso de una emergencia, si necesita atención de urgencia o se encuentra fuera del área de servicio, no necesita una derivación para buscar servicios médicos). Asimismo, su referido puede tener limitaciones de tiempo. En algunos casos, el PCP necesitará obtener nuestra aprobación previa.

Si necesita un centro de enfermería especializada, cuidados a largo plazo o servicios domiciliarios y comunitarios, su PCT lo dirigirá a un subgrupo de los centros en nuestra red de Tufts Health Plan SCO que pueden coordinar mejor su atención y satisfacer sus necesidades individuales. Usted trabajará con su PCT para seleccionar un centro de las opciones identificadas.

Puesto que el PCP y el PCT proveerán y coordinarán su atención médica, debería enviar toda su historia clínica al consultorio del PCP para que este la use.

¿Cuál es el papel del PCP/PCT en tomar decisiones sobre la autorización previa u obtenerla?

Ciertos medicamentos, equipos, servicios y suministros requieren autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de que se presten los servicios. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o de darle una derivación según los servicios que se prestarán. Su PCP u otro proveedor de la red son los responsables de obtener esta autorización. Asegúrese de confirmar con su PCP u otro proveedor de la red para cerciorarse de que le hayan entregado esta autorización o referido.

¿Cómo elige su PCP?

Cuando vaya a decidirse por un PCP, puede consultar nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Una vez que haya tomado una decisión, debe llamar a Servicios para Miembros (vea el número en la contratapa de este material). Un representante de Servicios para Miembros verificará que el PCP que usted ha elegido esté en la red. Si está haciendo un cambio, este comenzará a regir el primer día del mes siguiente, y automáticamente recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro en la

dirección de correo postal donde se reflejará este cambio. Si lo deben ingresar a un hospital en particular, revise el *Directorio de proveedores y farmacias* o hable con un representante de Servicios para Miembros para asegurarse de que el PCP que haya elegido use ese hospital.

Cómo cambiar el PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP se retire de la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP. Si cambia el PCP, deberá colaborar con el nuevo para coordinar derivaciones a especialistas dentro de nuestra red con quienes trabaje habitualmente para asegurarse de que su atención médica sea coordinada de la manera más eficaz posible.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros. También comprobarán que el PCP al que usted se quiere cambiar esté en la red y acepte nuevos pacientes. ***Si el PCP está en la red y acepta nuevos pacientes, le podrá solicitar una cita a partir del primer día del mes siguiente.*** Servicios para Miembros modificará su registro de membresía para que aparezca el nombre de su nuevo PCP y le enviará una tarjeta de membresía que muestre ese nuevo nombre y número de teléfono. Le sugerimos que fije una cita con su nuevo PCP y haga las gestiones correspondientes para que le transfieran sus registros a ese PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin una derivación de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin tener la aprobación anticipada de su PCP.

- Cuidado de la salud de rutina para mujeres, lo que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de papanicoláu y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice un proveedor de la red.
- Inyecciones (vacunas) contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que requieren atención médica inmediata y que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o que no sea razonable, debido al tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red que tienen un contrato con el plan. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con proveedores que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio, de manera que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Atención dental de rutina proporcionada por un dentista de la red.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare siempre y cuando los preste un proveedor de la red.

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que presta servicios de cuidado de la salud por una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de huesos, articulaciones o músculos.

¿Cuál es el papel del PCP para referir miembros a especialistas y otros proveedores?

Por lo general, los PCP brindan atención preventiva básica y tratamiento para enfermedades comunes. En el caso de que haya servicios que el PCP no pueda proveer, ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan y lo referirá a un especialista.

¿Para qué servicios necesitará el PCP obtener autorización previa del plan?

Ciertos medicamentos, equipos, servicios y suministros requieren autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de que se presten los servicios. Su PCP u otro proveedor de la red son los responsables de obtener esta autorización. Asegúrese de confirmar con su PCP u otro proveedor de la red para cerciorarse de que le hayan entregado esta autorización o referido. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o de darle una derivación según los servicios que se prestarán.

Para obtener información sobre qué servicios necesitan autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. Los servicios que requieren autorización previa se indican con ***cursiva y negrita*** en el Cuadro de beneficios médicos de ese capítulo. También puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura en la contratapa de este documento para conocer una lista de servicios que necesitan que su PCP u otro proveedor de la red obtengan la autorización previa

del plan. Consulte su Formulario de Tufts Health Plan Senior Care Options para conocer qué medicamentos necesitan autorización previa.

¿Qué es una derivación?

Una derivación es la aprobación del PCP para recibir atención de otro profesional de cuidado de la salud, normalmente un especialista, para tratamiento o consulta. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, el PCP debe darle una aprobación anticipada (como referirlo a un especialista). **Es posible que su PCP cuente con determinados especialistas del plan que puedan proporcionarle la mejor atención.** Si el PCP lo refiere a un especialista, podría enviarlo con uno con quien trabaje en forma regular para garantizar que la atención médica esté coordinada en la forma más eficaz posible. No necesita derivaciones para situaciones de emergencia o de atención de urgencia, diálisis renal fuera del área u otros servicios.

En algunos casos, el PCP también necesitará obtener la autorización previa (aprobación previa) además de darle una derivación. Los servicios que requieren autorización previa se indican en ***cursiva, negrita*** en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 y los que requieren una derivación también se señalan dentro del mismo cuadro en ese capítulo. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviarle todas sus historias clínicas anteriores al consultorio.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

Podemos realizar cambios de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja su plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare establece que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar otro.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos en caso de que haya acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si otro de sus proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos en caso de que esté asignado a ese proveedor, reciba actualmente atención de él o lo haya visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado dentro de la red para que pueda acceder a atención continuada.
- Si actualmente recibe tratamiento médico o terapias con un proveedor, tiene derecho a solicitar la continuación de las terapias o del tratamiento médicamente necesario que recibe, y colaboraremos para garantizarlo.
- Le informaremos sobre los diferentes periodos de inscripción disponibles y las opciones para cambiar de plan.

- Nos encargaremos de cualquier beneficio médicamente necesario cubierto fuera de nuestra red de proveedores, pero con un costo compartido dentro de la red, cuando un beneficio o proveedor dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para cubrir sus necesidades médicas. Excepto en una emergencia o para servicios de urgencia, debe obtener una derivación de su PCP y la autorización previa del plan para recibir la atención fuera de la red. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o cree que su atención no se está administrando de manera correcta, tiene el derecho de presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 8.

Sección 2.4 ¿Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red?

Si no hay un proveedor disponible dentro de la red, su PCP o proveedor de la red debe darle una derivación para que consulte con un proveedor fuera de la red. Usted o su representante autorizado también pueden presentar una solicitud a Tufts Health Plan Senior Care Options. La autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options puede ser necesaria de acuerdo con el servicio que se prestará. Si usted se atiende con proveedores fuera de la red sin una derivación y sin una autorización, Tufts Health Plan Senior Care Options no pagará por estos servicios. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

En circunstancias muy limitadas, nuestro plan permitirá que nuestros miembros se atiendan con proveedores fuera de la red. Estas circunstancias incluyen ver a un proveedor con una especialidad que nuestro plan no tiene contratada actualmente. Hemos contratado los servicios de proveedores en toda nuestra área de servicio para procurar el acceso a la atención de nuestros miembros. Debe obtener una derivación de su PCP y conseguir la autorización previa del plan para recibir la atención fuera de la red.

Si necesita atención médica que Medicare exige que su plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveerla, puede recibir esta atención de un proveedor o un centro fuera de la red. Sin embargo, el plan debe dar la autorización antes de buscar atención. En esta situación, si el servicio es autorizado, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Usted, su PCP o su representante pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar la autorización. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada “Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica”.

Otras circunstancias en las que nuestro plan cubrirá los servicios fuera de la red sin una derivación ni una autorización previa son:

- El plan cubre la atención de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan y no puede acceder a los proveedores contratados para enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y que debería hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte, la pérdida de una extremidad o de las funciones de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si la necesita. *No* necesita conseguir primero una aprobación o una derivación de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. El plan también ofrece cobertura en todo el mundo para atención de emergencia y de urgencia.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que realizar un seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debería llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Comuníquese con nuestro número 1-855-670-5934. (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera de este horario y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Después de que haya terminado la emergencia, usted tendrá derecho a una atención de seguimiento para asegurar que su condición siga siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para una atención adicional. La atención de seguimiento tendrá cobertura de nuestro plan. Si la atención de emergencia la brindan proveedores fuera de la red, trataremos de gestionar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto su afección y las circunstancias lo permitan.

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

Qué hacer si tiene una emergencia de salud conductual

En una emergencia de salud conductual, debe ir a la sala de emergencias más cercana. Un equipo de crisis lo evaluará y lo ayudará a encontrar un centro adecuado para su atención. No se requiere autorización previa para este tipo de emergencia dentro de los EE. UU. y sus territorios. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

También puede comunicarse con el Programa de Servicios de Emergencia (ESP) de Massachusetts al 1-877-382-1609. El ESP ofrece servicios de evaluación, intervención y estabilización de crisis de salud conductual, 24 horas al día, siete días a la semana y 365 días al año. Incluye tres servicios:

1. Intervención móvil en caso de crisis (MCI) para adultos. Estos servicios están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana, de la siguiente manera: de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. en todos los centros comunitarios del ESP y de 8:00 p.m. a 7:00 a.m. en los programas residenciales y en los departamentos de emergencia de los hospitales.
2. Programa de Servicios de Emergencia (ESP) en los centros comunitarios. El horario de atención varía según el lugar. Para obtener más detalles, consulte <https://www.masspartnership.com/mbhp/en/home>.
3. Servicios comunitarios de estabilización de crisis (CCS) para personas de 18 años y más. Estos servicios están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana. Para obtener más detalles, consulte <https://www.masspartnership.com/mbhp/en/home>.

¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir a recibir atención de emergencia pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia, en cuanto usted pensó razonablemente que su salud estaba en grave peligro, le cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico dijo que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibió de una de estas dos maneras:

- usted va a un proveedor de la red para recibir la atención adicional;
- – *o bien* – la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención si tiene una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Cualquier servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, debido al tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red que tienen un contrato con el plan. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con proveedores que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

¿Qué pasa si usted está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando esta esté disponible nuevamente, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si cree que usted experimenta una situación médica urgente, imprevista y que no es una emergencia, comuníquese con su PCP inmediatamente. También puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento) para acceder a nuestra línea de asesoramiento y asistencia clínica las 24 horas del día. Si no puede hacerlo o es poco práctico que usted reciba atención con su PCP o un proveedor de la red, puede

ir a cualquier proveedor o clínica que proporcione atención de urgencia, o bien puede llamar al 911 para que lo ayuden inmediatamente.

¿Qué pasa si usted está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

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

Sección 3.3 Cómo recibir 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 EE. UU. declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener más información sobre qué debe hacer. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Tufts Health Plan Senior Care Options cubre todos los servicios médicamente necesarios según el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si usted recibe servicios, incluyendo el transporte a esos servicios, que no están cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Si tiene dudas sobre si pagaremos algún servicio médico o atención que esté considerando, incluido el transporte a esos servicios, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le respondemos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que recibe después de que ha agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se ha alcanzado el límite de beneficios no se aplicará al gasto máximo directo del bolsillo. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ha usado de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como el funcionamiento de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen pedir la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, y usted exprese interés, alguien que trabaje en él se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que lo realizan. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos de este y entienda y acepte totalmente todo lo que implica si usted participa.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo

compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que entregan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los que el plan es responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen determinados beneficios especificados en virtud de la determinación de cobertura nacional (NCD) con cobertura con desarrollo de evidencia (CED), así como los estudios de exención de dispositivo de investigación (IDE), y pueden estar sujetos a las reglas de autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para los beneficiarios de Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Una vez que se incorpore a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre los que se incluyen los siguientes:

- Habitación y comida relativa a una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare ha pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como ocurre con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Cuando usted no forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio pruebe a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no estuviera* en un estudio.
- Los artículos o servicios que se le proveen solo para reunir datos y que no se usan en su cuidado de la salud directo. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección normalmente requeriría solo una tomografía.
- Artículos y servicios que, por lo general, proporcionan los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier participante del ensayo.

¿Quiere obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica con tan solo visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica” (la publicación está disponible en: www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?
--

Una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, entonces proporcionaremos cobertura de atención en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos. Este beneficio se provee solo para los servicios para pacientes internados de Parte A (servicios de cuidado de la salud no médico).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que indique que, por temas de conciencia, se opone a recibir tratamiento médico no obligatorio.

- Una atención o tratamiento médico **no obligatorio** es cualquier atención o tratamiento médico *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico **obligatorio** es una atención o tratamiento médico que *no* es voluntario o que *es exigido* por la ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proveen en un centro, rigen las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección que permita que usted reciba servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada;
 - y debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan para que sea ingresado al centro o su estadía no será cubierta.

Los límites de cobertura de Medicare se aplican según lo descrito en el Capítulo 4, en “Atención hospitalaria para pacientes internados”.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Usted será dueño del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será

dueño de ciertos artículos, por ejemplo, las prótesis. En esta sección, analizaremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueñas del equipo después de realizar copagos por ese equipo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, usted generalmente no adquiere la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras es miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME con Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

¿Qué pasa con los pagos que hizo por equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder ser dueño del equipo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que hizo en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en él. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para adueñarse del artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Tufts Health Plan Senior Care Options cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Debe devolver el equipo de oxígeno si ya no lo necesita por motivos médicos o si abandona Tufts Health Plan Senior Care Options.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare establece que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años, puede optar por quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece con la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años empieza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos

Este capítulo presenta un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options. Puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos más adelante en este capítulo. También se explican los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no paga nada por sus servicios cubiertos en tanto siga las reglas del plan para obtener su atención (para tener más información acerca de las reglas del plan para obtener su atención consulte el Capítulo 3).

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de MassHealth (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este gasto máximo directo del bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto directo del bolsillo para el monto del gasto máximo directo del bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.

Debido a que está inscrito en el plan Medicare Advantage, hay un límite con respecto a cuánto tiene que pagar en gastos directos del bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Este límite se llama monto máximo de gastos directos del bolsillo (MOOP) para los servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es de \$0.

Nota: Es posible que la siguiente sección no corresponda a su caso. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene gastos directos del bolsillo para los servicios cubiertos.

Las cantidades que paga por deducibles, copagos y coaseguro por servicios cubiertos se incluyen en este monto del gasto máximo directo del bolsillo. Las cantidades que paga por los medicamentos recetados de Parte D no se incluyen en su monto del gasto máximo directo del bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos directos del bolsillo de \$0, no tendrá que pagar más gastos directos del bolsillo por el resto del año para servicios cubiertos de Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar con el pago de las primas de Medicare Parte B (a menos que MassHealth [Medicaid] u otro tercero paguen por la prima de Parte B).

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para obtener información sobre lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios por atención médica a largo plazo y por servicios domiciliarios y comunitarios como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options. Los servicios indicados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) deben ofrecerse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.
- Para los nuevos beneficiarios, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si este fue para un tratamiento que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe proporcionar la aprobación con anticipación antes de que usted pueda ver a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama darle una derivación.
- Algunos de los servicios que se indican en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación anticipada (en ocasiones, se denomina “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación anticipada están marcados en *cursiva* y **negrita** en el Cuadro de beneficios médicos.

- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por MassHealth (Medicaid). Medicare cubre su cuidado de la salud y medicamentos recetados. MassHealth (Medicaid) cubre sus costos compartidos para los servicios de Medicare, incluyendo los costos compartidos de estadía como paciente internado, citas en el consultorio y servicios para pacientes externos. MassHealth (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios domiciliarios y comunitarios, cuidados a largo plazo y transporte de ida y vuelta a citas médicas. Tenga en cuenta que para ser elegible para Tufts Health Plan Senior Care Options no debe tener ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2025*). Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio en 2025, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- En Tufts Health Plan Senior Care Options, algunos beneficios están cubiertos por Medicare y algunos están cubiertos por MassHealth (Medicaid). Integramos todos los beneficios cuando le prestamos servicios. El siguiente cuadro de beneficios refleja todos los servicios cubiertos y le brinda información sobre los costos compartidos.
- Si usted se encuentra dentro del período de un mes de elegibilidad continua atribuida, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Durante ese período, seguiremos cubriendo los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) que están incluidos en el plan estatal de MassHealth (Medicaid) y pagaremos las primas o costos compartidos de Medicare que, de lo contrario, tendría que pagar el estado. Las cantidades de costos compartidos de Medicare por los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Usted no pagará nada por los servicios indicados en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre los beneficios para los afiliados que califican para “Extra Help”:

- Si recibe “Extra Help” para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguro, es posible que sea elegible para otros beneficios complementarios específicos y/o costos compartidos reducidos específicos.
- Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal Un sonograma oportuno de detección para personas con riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación del médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dura 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con la cirugía. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si empeora.	Usted pagará \$0 por hasta 20 visitas de acupuntura al año cubiertas por Medicare provistas para el tratamiento del dolor lumbar crónico por un acupunturista con licencia.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Requisitos de los proveedores: Los médicos, como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley), pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS), como se identifica en la sección 1861(aa)(5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, integral, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS tal como lo exigen nuestras regulaciones en el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), secciones 410.26 y 410.27. Beneficios adicionales para la acupuntura El plan cubre los servicios que superen la cobertura de Medicare, así como el tratamiento de otros tipos de dolor y como un anestésico. Los servicios deben ser provistos por un acupunturista con licencia.	<i>Se requiere autorización previa para servicios de acupuntura a partir de 20 visitas.</i> Usted pagará \$0 por los servicios adicionales de acupuntura provistos por un acupunturista con licencia que superen la cobertura de Medicare, así como por el

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Consulte la página 74 en “Salud conductual: servicios para pacientes externos” para obtener información adicional sobre los beneficios de acupuntura. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	tratamiento de otros tipos de dolor y como un anestésico.
Salud diurna para adultos Servicios comunitarios, como enfermería, asistencia con actividades de la vida diaria, servicios sociales, terapéuticos, recreativos y nutricionales en un lugar fuera del hogar, y transporte hacia ese lugar autorizado. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	<i>Es posible que se requiera una autorización previa para recibir este servicio.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de acogida temporal para adultos (AFC) Los Servicios de Acogida Temporal para Adultos (AFC) son servicios para miembros que necesitan ayuda diaria con el cuidado personal, pero que desean vivir en un entorno familiar y no en una casa de reposo o en otro centro similar. Los miembros que tienen el beneficio de acogida para adultos (AFC) viven con cuidadores capacitados y pagados que brindan cuidados diarios. Los cuidadores pueden ser personas solas, parejas o familias más grandes. El cuidador brinda cuidados personales, ayuda para cumplir con los medicamentos, comidas, servicios domésticos, lavandería, transporte médico, compañía y supervisión 24 horas al día. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir este servicio.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen transporte de ala fija, de ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre al centro más cercano que pueda proporcionar la atención adecuada solo si llevan a un miembro cuya afección es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan los autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner el peligro la salud de la persona y que ese traslado en ambulancia es médicamente necesario. Los servicios de ambulancia están cubiertos en todo el mundo. Para obtener más información sobre los servicios de transporte que no son de emergencia y que están cubiertos por nuestro plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid), consulte la sección de Transporte que aparece más adelante en este cuadro. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	<i>Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen médico anual El examen médico anual es un examen más a fondo que la visita anual de bienestar. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello, y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas y una revisión de hospitalizaciones recientes. Con cobertura una vez cada año calendario.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido Parte B por más de 12 meses, puede optar a la consulta anual de bienestar para crear o actualizar un plan de prevención personalizado según su salud y los factores de riesgo actuales. Con cobertura una vez cada año calendario. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede concretarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita una consulta “Bienvenido a Medicare” para tener la cobertura para la consulta anual de bienestar después de que ha tenido Parte B por 12 meses.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la consulta anual de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para personas que cumplen los requisitos (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida una interpretación médica de los resultados.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Exámenes de detección del cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía de detección cada 12 meses • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección que tienen cobertura.
Salud conductual: Servicios alternativos Servicios de salud conductual que se proveen como alternativas a los servicios para pacientes internados, entre ellos los siguientes: • Apoyo de la comunidad • Estabilización de crisis • Camas para pacientes en observación o espera • Tratamiento psiquiátrico diurno • Servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastornos por consumo de sustancias • Servicios de asistencia clínica (CSS) para trastornos por consumo de sustancias • Servicios de hospitalización parcial • Programa Estructurado de Adicciones para Pacientes Externos (SOAP) • Programa Intensivo para Pacientes Externos (IOP) • Servicios de rehabilitación residencial (RRS) de adultos para trastornos por consumo de sustancias • Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT) <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Salud conductual: Servicios de emergencia Servicios médicamente necesarios que están disponibles siete días a la semana, 24 horas al día para brindar tratamiento a cualquier miembro que tenga un problema de salud conductual o trastorno por consumo de sustancias, o ambos, entre ellos los siguientes: • Servicios de evaluación de emergencia • Servicios de administración de medicamentos • Orientación a corto plazo en caso de crisis • Servicios a corto plazo para la estabilización de crisis • Servicios especializados <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Salud conductual: Servicios para pacientes internados Servicios ofrecidos 24 horas al día que proporcionan intervención médica para diagnósticos de salud conductual o de trastorno por consumo de sustancias, o ambos, entre ellos los siguientes: • Servicios de salud conductual para pacientes internados • Servicios para pacientes internados con trastorno por consumo de sustancias (Nivel IV) Para obtener información adicional sobre los beneficios, consulte la página 93 de “Atención hospitalaria para pacientes internados” y la página 102 de “Servicios del programa de tratamiento de opioides”. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Salud conductual: Servicios para pacientes externos Servicios de salud conductual y de trastorno por consumo de sustancias proporcionados en persona en un entorno de atención ambulatoria como un centro de salud conductual o clínica para trastornos por consumo de sustancias, departamento de atención para pacientes externos en un hospital, centro comunitario de salud o consultorio del médico. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios para pacientes externos estándar ○ Consulta familiar ○ Consulta de casos ○ Evaluación de diagnóstico ○ Terapia dialéctico-conductual (DBT) ○ Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes internados ○ Visita de control farmacológico ○ Terapia de parejas o familias, terapias grupales o individuales ○ Visita puente: paciente internado-paciente externo ○ Tratamiento con acupuntura ○ Terapia de reemplazo de opioides ○ Desintoxicación ambulatoria ○ Evaluación psicológica • Orientación para la recuperación • Asesores de apoyo para la recuperación (RSN)	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba los servicios de visita de control farmacológico y de terapia de reemplazo de opioides, debe obtener una derivación de su PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Para obtener información adicional sobre los beneficios, consulte la página 105 en “Atención de salud conductual para pacientes externos”. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	
Salud conductual: Programa de Servicios de Emergencia (ESP) Servicios prestados mediante los Programas de Servicios de Emergencia (ESP) y que están disponibles siete días a la semana, 24 horas al día para proporcionar tratamiento a todo miembro que esté experimentando una crisis de salud conductual. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Reunión del ESP ○ Evaluación ○ Intervención ○ Estabilización <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Salud conductual: Procedimientos especiales Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Terapia electroconvulsiva • Evaluación neuropsicológica y psicológica <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones y tengan una orden médica. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir este servicio.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener una derivación del PCP.
 Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con el médico de atención primaria para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), revisar la presión arterial y darle consejos para garantizar una alimentación saludable.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.
 Exámenes por enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes por enfermedad cardiovascular que están cubiertos una vez cada 5 años.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: los exámenes de papanicoláu están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un riesgo alto de cáncer vaginal o de cuello uterino, y los resultados del examen de papanicoláu realizado dentro de los últimos 3 años han sido anormales: un papanicoláu cada 12 meses	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el papanicoláu y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Evaluación quiropráctica inicial • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación • Tratamiento de manipulación quiropráctica y servicios de radiología. Cubrimos hasta 20 citas en el consultorio o tratamientos de manipulación quiropráctica por año mediante el beneficio de MassHealth Standard (Medicaid) <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir este servicio.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios, debe obtener una derivación de su PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Exámenes de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un riesgo elevado; o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal; y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de que hayan recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, incluidos los enemas de bario. Si el médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y paga un copago de \$0 por los servicios del médico.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de una prueba positiva de detección no invasiva del cáncer colorrectal basada en heces cubierta por Medicare.	
Servicios comunitarios Incluyendo, entre otros, los siguientes servicios: • Servicios de quehaceres del hogar • Servicios de compañía • Cuidado de día de la demencia y atención social de día • Adaptaciones de accesibilidad al entorno (modificaciones en el hogar) • Compra y envío de alimentos • Ama de casa • Comidas con entrega a domicilio • Servicio de lavandería • Servicios de cuidado personal • Sistema de respuesta personal para casos de emergencia (PERS)	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir ciertos servicios.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios comunitarios, debe analizarlos con el gerente de atención del plan. Si necesita un centro de enfermería especializada, cuidados a largo plazo o servicios domiciliarios y comunitarios, su Equipo de Atención Primaria (PCT) lo dirigirá a un subgrupo de los centros en nuestra red de Tufts Health Plan SCO que puedan coordinar mejor su atención y satisfacer sus necesidades individuales. Usted trabajará con su PCT para seleccionar un centro de las opciones identificadas.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Cuidado de relevo • Transporte (ida y vuelta de las citas no médicas) • Sistema de rastreo Nota: Los servicios de adaptaciones de accesibilidad ambiental proporcionan adaptaciones, modificaciones o equipos de adaptación en el hogar para ayudar a los miembros a seguir siendo independientes o mejorar su independencia. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	
Servicios continuos de enfermería Servicios continuos de enfermería especializada. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Servicios diurnos de habilitación Un programa estructurado de tratamiento activo orientado a las metas de servicios terapéuticos y de habilitación médicamente orientados para personas con discapacidades del desarrollo que necesitan un tratamiento activo. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, en la actualidad, Medicare cubre los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es una parte integral del tratamiento de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente: <u>Servicios preventivos y de diagnóstico:</u> • Servicios preventivos (limpiezas) • Examen de rutina • Radiografías <u>Restauración:</u> • Empastes • Coronas • Reemplazo de coronas • Incrustación • Terapia de endodoncia • Apicectomía y cirugía perirradicular <u>Periodoncia:</u> • Gingivectomía o gingivoplastia • Eliminación de sarro periodontal y raspado de raíz	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir ciertos servicios.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener una derivación del PCP. Los servicios debe prestarlos un proveedor de DentaQuest. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información, comuníquese con DentaQuest al 1-888-309-6508. TDD: 1-800-466-7566.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<u>Prostodoncia, removible:</u> • Dentadura postiza total • Dentadura postiza parcial • Delineado de dentadura postiza total <u>Prostodoncia, fija</u> <u>Servicios de implantes</u> <u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u> • Extracciones (sacar dientes) • Algunas cirugías bucales, como biopsias y cirugías de tejidos blandos • Alveoloplastia • Cirugía bucal y maxilofacial <u>Consultas de atención de emergencia</u> <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
 Exámenes de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y derivaciones.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la consulta anual de detección de depresión.
 Exámenes de detección de la diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye análisis de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Es posible que cubramos los exámenes si cumple otros	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses, a partir de la fecha de su examen más reciente de detección de diabetes.	
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluye plantillas que se proveen con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que se proveen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • El plan cubre dos pares adicionales de zapatos terapéuticos a medida mediante los beneficios de MassHealth (Medicaid) para miembros que	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir cierta capacitación para el autocontrol de la diabetes o servicios y suministros para diabéticos.</i> No les corresponde coaseguro, copago ni deducible a los beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes. La cobertura de los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas de glucosa en sangre se limita a los productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas ni las soluciones de control de la glucosa. Los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME). Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas,

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
tienen enfermedad grave del pie diabético y cumplen con los requisitos definidos por Medicare. La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. Nota: Para el cuidado del pie diabético, consulte Servicios de podología en este cuadro. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	lancetas, medidores de glucosa y sistemas de monitoreo continuo y terapéutico de glucosa, también tienen cobertura en farmacias participantes minoristas y de pedido por correo. Antes de que reciba capacitación para el autocontrol de la diabetes, debe obtener una derivación de su PCP. Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 11 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: la compra de equipos médicos, repuestos y reparaciones para artículos como: bastones, muletas, sillas de rueda (manuales, motorizadas, a medida o alquiladas), andadores, sillas con orinal, camas especiales, equipo de control, dispositivos protésicos y ortopédicos; y el alquiler de sistema de respuesta personal para casos de emergencia (PERS) y sistema de rastreo. La cobertura incluye suministros relacionados y repuestos y reparaciones de los equipos.	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para obtener determinado equipo médico duradero y suministros relacionados.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
La cobertura también incluye sistemas de oxígeno líquido ambulatorio y repuestos, aspiradores, nebulizadores impulsados por compresor, respiradores de presión positiva intermitente (IPPB), oxígeno, gas de oxígeno, dispositivos generadores de oxígeno y alquiler de equipos de oxigenoterapia. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en el área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. Nota: • Para obtener cobertura, el artículo o suministro debe estar cubierto por el plan; ser médicamente necesario; ser suministrado por un proveedor de equipos médicos duraderos (DME) de la red; y, en algunos casos, contar con una autorización previa. • Si necesita ayuda para determinar si los artículos o suministros están cubiertos, o si se requiere autorización previa, o si un proveedor de equipos médicos duraderos pertenece a nuestra red, llame a Servicios para Miembros. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios: • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para paciente internado después de estabilizar la

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente. Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para esos servicios prestados dentro de la red. La cobertura incluye servicios para paciente internado y para paciente externo, como servicios de salud conductual que son necesarios para evaluar o estabilizar la afección de emergencia de un miembro. Los servicios de emergencia incluyen servicios posteriores a la estabilización provistos después de estabilizar una emergencia para mantener la afección estable o para mejorar o solucionar la afección del miembro. El médico tratante de emergencia, o el proveedor que está tratando actualmente al miembro, es responsable de determinar cuándo el miembro está lo suficientemente estable para el traslado. Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para esos servicios prestados dentro de la red. Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de emergencia. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	afección de emergencia, debe recibir la atención para paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) Coordinación de la evaluación a domicilio y los servicios en el hogar provistos por un trabajador social con licencia mediante un Punto de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP). <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Servicios grupales de acogida temporal para adultos (GAFC) Los servicios grupales de acogida temporal para adultos (GAFC) incluyen servicios de cuidado personal para miembros elegibles con discapacidades que viven en viviendas aprobadas por los GAFC. Las viviendas pueden ser una residencia de vida asistida o viviendas públicas o subsidiadas especialmente designadas. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir este servicio.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
 Programas de educación de salud y bienestar Membresía en YMCA Pagamos la membresía en su centro de salud YMCA local, ubicado dentro de nuestra área de servicio en Massachusetts. Este beneficio se provee para promover la salud y el acondicionamiento físico en general, como también para ofrecer oportunidades de interacción social. • Incluye el acceso a centros y personal de apoyo. • Incluye acceso a clases de movimiento grupales (taichí, ejercicio en grupo, etc.) y programas de	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
salud, según la disponibilidad. Es posible que se requieran costos adicionales. Comuníquese con su centro local de YMCA para obtener más detalles. Subsidio para bienestar • Participación en clases de movimiento y programas de salud grupales de YMCA (para clases y programas asociados con una tarifa adicional). • Participación en clases de instrucción de acondicionamiento físico como yoga, pilates, taichí y ejercicios aeróbicos. • Participación en clases didácticas de acondicionamiento físico en línea o las cuotas de las suscripciones de acondicionamiento físico en línea, como Peloton. • Membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificados. Un club de salud o un centro de acondicionamiento físico calificados proporcionan equipos para ejercicios de entrenamiento cardiovascular y de fuerza en el lugar. Este beneficio no cubre los gastos de membresía que paga a clubes de salud o centros de acondicionamiento físico no calificados, como, entre otros, centros de artes marciales, centros de gimnasia, clubes de campo y clubes deportivos y sociales, ni para actividades deportivas como golf y tenis. • Citas con un orientador nutricional o dietista con licencia para servicios de orientación nutricional. • Rastreador de actividad (límite de uno por miembro al año).	El plan le reembolsa hasta \$200 cada año que se aplica al costo de membresía en un club de salud o un centro de acondicionamiento físico calificado, clases dirigidas de acondicionamiento físico cubiertas, participación en programas de bienestar como Cuestión de Equilibrio, Autocontrol de Enfermedades Crónicas, Taller de la Diabetes, Alimentación Saludable para una Vida Exitosa, IDEAS Saludables, Herramientas Poderosas para Cuidadores, Ejercicios en la Fundación para la Artritis, Bienestar Mejorado, Acondicionamiento Físico para su Vida, Conducción para Personas de la Tercera Edad de la American Automobile Association (AAA), actividades de entrenamiento de la memoria, un rastreador de actividad (por ejemplo, Fitbit, Apple Watch, etc.) o sesiones de asesoramiento nutricional cubiertas con un orientador nutricional o un nutricionista registrado con licencia. Usted pagará todos los cargos que superen los \$200 por año. El impuesto sobre las ventas no es reembolsable.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Participación en: • un programa “Cuestión de equilibrio” (Matter of Balance) dirigido por un instructor • un programa de autocontrol de enfermedad crónica • el Programa Taller de la Diabetes (Diabetes workshop) • el Programa Alimentación Saludable para una Vida Exitosa (Healthy Eating for Successful Living) • el Programa IDEAS Saludables (Healthy IDEAS) • Herramientas Poderosas para Cuidadores (Powerful Tools for Caregivers) • el Programa de Ejercicios en la Fundación para la Artritis (Arthritis Foundation Exercise) • el Programa de Bienestar Mejorado (Enhance Wellness), que incluye actividades físicas para la memoria • el Programa Acondicionamiento Físico para su Vida (Fit For Your Life) • el Programa de Conducción para Personas de la Tercera Edad de AAA (AAA Senior Driving) Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de Subsidio de bienestar junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. La prueba de pago debe estar a nombre del miembro o, en su defecto, a nombre de su representante registrado. Llame a Servicios para Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org/sco. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.	Tufts Health Plan Senior Care Options debe recibir las solicitudes de reembolso de un año anterior a más tardar el 31 de marzo del año siguiente. No se necesita una derivación para este beneficio.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Programas de control del peso El plan cubrirá los cobros del programa de pérdida de peso como WeightWatchers o un programa de pérdida de peso en un hospital. Este beneficio no cubre costos de comidas o alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas ni otros artículos o insumos. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de Control del peso junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. La prueba de pago debe estar a nombre del miembro o, en su defecto, a nombre de su representante registrado. Llame a Servicios para Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org/sco. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.	El plan reembolsará a los miembros hasta \$200 por año que se incluirán en los cobros del programa para los programas de pérdida de peso. El impuesto sobre las ventas no es reembolsable. Tufts Health Plan Senior Care Options debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por el PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como paciente externo cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Exámenes auditivos de diagnóstico • Examen auditivo de rutina todos los años calendario La cobertura también incluye audífonos o instrumentos, servicios relacionados con el cuidado, mantenimiento y reparación de audífonos o instrumentos y suministros. Cubre un audífono por oído por miembro cada 60 meses. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. No se requiere una derivación para un examen auditivo de rutina anual, pero debe atenderse con un proveedor del plan.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Exámenes de detección del VIH Para personas que piden exámenes de detección del VIH o que tienen un riesgo mayor de tener VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección del VIH cubierto por Medicare.
Atención de una agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios e indicará que una agencia de atención médica a domicilio los proporcione. Debe cumplir con los criterios médicos para calificar para estos servicios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de auxiliar de atención médica a domicilio y de enfermería especializada intermitente o de medio tiempo (se cubrirá según el beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de auxiliar de salud domiciliaria y de enfermería especializada combinados deben totalizar menos de 8 horas diarias y 35 horas a la semana). Es posible que se cubran horas adicionales mediante sus beneficios de MassHealth (Medicaid). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales.	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir este servicio.</i> Usted pagará \$0 por los servicios de atención médica a domicilio. Se pueden aplicar limitaciones. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener una derivación del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Equipos y suministros médicos • Ayuda con actividades de la vida diaria <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (p. ej., una bomba) y suministros (p. ej., tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, como servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de esta terapia <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de Medicare.</i>	<i>Excepto en una emergencia, se requiere una autorización previa para recibir ciertos servicios de terapia de infusión a domicilio.</i> Usted pagará \$0 por los servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidados de hospicio Es elegible para los beneficios de cuidados de hospicio cuando el médico y el director médico del centro de cuidados de hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado de ayudarlo a encontrar programas de cuidados de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos en los que la organización de Medicare Advantage (MA) es propietaria, ejerce el control o tiene un interés financiero. El médico de cuidados de hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención a domicilio <u>Para servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y están relacionados con el pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en vez de su plan) pagará a su proveedor de cuidados de hospicio por los servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales relacionados con el pronóstico terminal. Mientras está en el programa de hospicio, su proveedor de cuidados de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Debido a que recibe asistencia de MassHealth Standard (Medicaid),	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales y los servicios de Parte A y Parte B relacionados con el pronóstico terminal, no Tufts Health Plan Senior Care Options. Si no tiene cobertura de Medicare, los servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales están cubiertos por los beneficios de Tufts Health Plan Senior Care Options.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
este costo compartido estará cubierto por su beneficio de MassHealth (Medicaid). <u>Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que no están relacionados con el pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia, que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que no están relacionados con el pronóstico terminal, el costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y de si sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según Medicare con pago por servicio (Original Medicare). <u>Para servicios que están cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:</u> Tufts Health Plan Senior Care Options seguirá con la cobertura de los servicios cubiertos del plan que no estén cubiertos por Parte A o Parte B, o que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios. Los miembros de SCO no tienen la obligación de pagar los costos compartidos por los servicios cubiertos. <u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea de hospicio y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.3 (<i>¿Qué sucede si usted está recibiendo cuidado de hospicio certificado por Medicare?</i>). Nota: Si necesita atención que no es de hospicio (atención que no está relacionada con un pronóstico terminal), debería comunicarse con nosotros para coordinar estos servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
 Vacunas Los servicios de Medicare Parte B cubiertos son, entre otros: • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones (vacunas) contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con inyecciones (vacunas) adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo alto o medio de contagio • Vacunas contra la COVID-19	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Otras vacunas si está en riesgo y cumple las reglas de cobertura de Medicare Parte B También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos según el beneficio de medicamentos recetados de Parte D. Para obtener más información, consulte la Sección 8 del Capítulo 5.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye hospitales de atención aguda y de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados comienza el día que usted es ingresado formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día como paciente internado. Para atención en un hospital de atención aguda general, está cubierto por los días que sean médicamente necesarios: no hay límite. Los períodos de beneficio de Medicare no se aplican a estadias en hospitales de atención aguda. Para atención en un hospital de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo, está cubierto hasta por 90 días por cada período de beneficios. Puede usar sus	<i>Excepto en una emergencia, se requiere una autorización previa para recibir cierta atención hospitalaria para pacientes internados. No se requiere autorización previa para los servicios hospitalarios para pacientes internados por motivos de salud conductual, como los servicios para pacientes internados con trastorno por consumo de sustancias.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Si obtiene atención autorizada para paciente internado en un hospital fuera de la red después de estabilizar una afección de emergencia, su costo corresponderá a los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
60 días de reserva de por vida para complementar la atención en un hospital de rehabilitación o de cuidados a largo plazo. La cobertura está limitada por el uso anterior, parcial o total de estos días, que solo pueden usarse una vez durante toda la vida. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidado intensivo o de atención coronaria) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje • Servicios para pacientes internados con trastorno por consumo de sustancias • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, pulmón y corazón, médula ósea, células madre e intestino o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso; el centro	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
decidirá si es candidato para ese procedimiento. Los proveedores de trasplante pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del perímetro de atención de la comunidad, puede escoger ir a uno local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Tufts Health Plan Senior Care Options proporciona servicios de trasplante en una ubicación fuera del perímetro de atención para trasplantes en su comunidad y usted escoge recibir los trasplantes en una ubicación más lejana, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. • Sangre: incluye el almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita porque tiene cobertura de MassHealth Standard (Medicaid). • Servicios médicos Nota: Para ser un paciente internado, el proveedor debe escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente internado del hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i>. Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
Atención de salud conductual para pacientes internados • Los servicios cubiertos incluyen servicios médicos de salud conductual que requieren una hospitalización. Estos servicios están disponibles 24 horas al día y proporcionan intervención médica para los diagnósticos de salud conductual o de trastorno por consumo de sustancias, o ambos. • Medicare cubre hasta 90 días por período de beneficio con un límite de hasta 190 días de por vida para atención para pacientes internados en una institución psiquiátrica. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud conductual para pacientes internados que se prestan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) cubren todas las hospitalizaciones aprobadas que superen el límite de Medicare. • Para servicios de salud conductual/trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados, deberá usar el hospital designado por el médico de atención primaria (PCP/PCT) para los servicios de salud conductual. Es posible que esto exija un traslado del hospital que el PCP/PCT usa para servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para los servicios de salud conductual.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
Estadía de pacientes internados: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía de paciente internado no cubierta Si ha agotado sus beneficios de paciente internado o si la estadía de paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia isotópica, que incluyen materiales y servicios técnicos • Vendaje quirúrgico • Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Los aparatos prostéticos y ortopédicos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano corporal (incluye tejido adyacente) o la totalidad o parte de la función de un órgano corporal interno que no está en funcionamiento o funciona de manera deficiente, así como reemplazo o reparaciones de esos aparatos • Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, que incluyen ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
a fractura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
Atención institucional Servicios como enfermería, trabajo social médico, ayuda con actividades de la vida diaria, terapias, nutrición y medicamentos y sustancias biológicas provistas en un centro de enfermería especializada o en otro tipo de centro de enfermería. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	Paga \$0 por los servicios cubiertos, a menos que MassHealth (Medicaid) determine que tiene que pagar una cantidad pagada por el paciente (PPA), de la cual es responsable. Debe pagar la PPA directamente al centro de enfermería. Se hace seguimiento a los miembros de SCO durante toda la progresión de la salud, incluso el tiempo que permanece en un centro de enfermería especializada o centro de cuidados a largo plazo. Tufts Health Plan Senior Care Options lo dirigirá a centros seleccionados para administrar mejor sus necesidades específicas mientras recibe atención en un entorno institucional. Los miembros del equipo pueden ser una enfermera practicante o médico asignado, gerentes de atención en el centro o la comunidad y especialistas. Usted trabajará con su Equipo de Atención Primaria (PCT)

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
	para seleccionar un centro de las opciones identificadas. Esto significa que, en la mayoría de los casos, no tendrá acceso total a los centros de la red para estos servicios. Las exclusiones abarcan los casos en los que un cónyuge vive en un centro que usted solicita o si usted actualmente vive en un centro y se afilia a nuestro programa SCO.
 Terapia médica de nutrición Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) sin diálisis o después de un trasplante de hígado cuando es indicado por el médico. Cubrimos 3 horas de servicios cara a cara de orientación durante el primer año después de que recibe los servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, algún otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovarlos una vez al año si el tratamiento es necesario para el año calendario siguiente. MassHealth (Medicaid) puede cubrir la terapia médica de nutrición para los miembros que no cumplen con el beneficio de Medicare. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare por todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios a largo plazo en la dieta, aumento de la actividad física y estrategias para resolver problemas para superar los desafíos y mantener una pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos por Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos mediante nuestro plan. Los medicamentos cubiertos son, entre otros: • Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infusionan mientras recibe servicios de un médico, como paciente externo en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Medicamentos que se administran con un equipo médico duradero (como un nebulizador) que han sido autorizados por el plan.	<i>Excepto en una emergencia, se requiere una autorización previa para obtener determinados medicamentos recetados de Medicare Parte B.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Medicamentos de Parte B que están sujetos a los requisitos de terapia escalonada.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• El medicamento para el Alzheimer, Leqembi[®] (cuyo nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de la medicación, es posible que necesite evaluaciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría aumentar los costos totales. Hable con el médico sobre las evaluaciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Anticoagulantes que se autoadministran por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos para trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está en confinamiento en el hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que tiene relación con la osteoporosis posmenopausia y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales para combatir el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que vayan apareciendo nuevos medicamentos orales contra el cáncer, Parte B podrá cubrirlos. Si Parte B no los cubre, Parte D sí lo hará. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas utilizados como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o si se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ERET) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y la prestación para la ERET de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos en el marco del sistema de pago ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv[®] y el medicamento oral Sensipar[®] • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece de enfermedad renal en etapa terminal (ERET) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen[®], Procrit[®],	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Retacrit[®], la epoetina alfa, Aranesp[®], la darbepoetina alfa, Mircera[®] o la metoxi-polietilenglicol epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda) • Medicamentos para quimioterapia Categorías de medicamentos de Parte B para terapia escalonada: • Enfermedades raras • Autoinmunitario • Preparados de hierro parenteral • Oncología • Oncología, apoyo • Trastornos de la retina • Inyecciones de acetónido de triamcinolona • Viscosuplementos • Toxinas botulínicas • Trastornos endocrinos El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: https://www.point32health.org/provider/wp-content/uploads/sites/2/2024/09/Part-B-Step-Therapy-MNG-Medicare25.pdf También cubrimos algunas vacunas con nuestro beneficio de medicamentos recetados de Parte B y Parte D.	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.	
 Exámenes de detección de la obesidad y terapia para fomentar una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para que pueda bajar de peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con el médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de detección y la terapia de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento de opioides 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), el cual incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides • Suministro y administración de MAT (si procede) • Asesoramiento para el trastorno por consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Exámenes toxicológicos. • Actividades complementarias. • Evaluaciones periódicas	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radioterapia y terapia isotópica, que incluyen materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Servicios radiológicos de diagnóstico, como sonograma, tomografía por emisión de positrones (PET), imagen por resonancia magnética (MRI) y tomografía computarizada (CT) • Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: incluye el almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita porque tiene cobertura de MassHealth Standard (Medicaid). • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos como, entre otros, estudios del sueño, electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para obtener exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que recibe en un departamento para pacientes externos de un hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencia o en una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud conductual, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario un tratamiento de paciente internado si no se proporciona esa atención • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que puede autoadministrarse Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir ciertos servicios hospitalarios para pacientes externos.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios, debe obtener una derivación de su PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
podría seguir siendo considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
Atención de salud conductual para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud conductual prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, orientador profesional con licencia (LPC), asistente matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico u otro profesional de la atención de salud conductual calificado por Medicare, según lo autorizado por las leyes estatales vigentes. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje, tratamiento individual (lo que incluye diseño, fabricación y prueba de un aparato ortopédico, prótesis u otro dispositivo tecnológico de asistencia), evaluación integral y terapia grupal. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en distintos entornos ambulatorios, departamentos para pacientes externos en un hospital, consultorios de terapias independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF). <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir los servicios.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios, debe obtener una derivación de su PCP.
Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias La cobertura de Medicare Parte B está disponible para servicios de tratamiento que se proveen en un departamento para pacientes externos en un hospital a pacientes que, por ejemplo, han recibido el alta después de una estadía de pacientes internados para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias o que necesitan tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes internados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas reglas que, por lo general, se aplican a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes externos. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria Nota: Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debería consultar con el proveedor si será un paciente externo o internado. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un “paciente externo”. El plan cubre los servicios de reasignación de género. Los servicios pueden incluir lo siguiente: mastectomía, aumento de senos, histerectomía, salpingectomía, ooforectomía o cirugía reconstructiva genital. Los servicios y procedimientos que se consideran cosméticos y la cirugía de reversión de reasignación de género no están cubiertos. Su proveedor deberá presentar su historia clínica para su revisión. Para obtener más información, comuníquese con su equipo de atención. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para que se le practique una cirugía ambulatoria.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios, debe obtener una derivación de su PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Artículos de venta libre (OTC) - Medicamentos de venta libre (OTC) y medicamentos recetados: Consulte la “Lista de medicamentos” OTC - Cobertura adicional para recetas OTC Además de la Lista de medicamentos OTC, Tufts Health Plan Senior Care Options proporciona cobertura para los siguientes medicamentos de recetas OTC: Tiene cobertura adicional para los siguientes artículos OTC/Rx: - Metilsulfonilmetano (MSM) - Glucosamina/Condroitina/MSM - Glucosamina/MSM - Condroitina/MSM - Omega 3/Aceite de pescado - Benzonatato - Robitussin Cough + Chest Congestion DM (líquido) - Mucinex de 600 mg - Lidocaína 4%, parche tópico Se surtirán medicamentos OTC que no son de marca (genéricos), a menos que Tufts Health Plan Senior Care Options apruebe otra cosa. Consulte el formulario. Artículos de venta libre OTC + artículos diarios de higiene y salud + alimentos saludables: nueva tarjeta Instant Savings (que se ofrece a través del Modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor [VBID])	Usted pagará \$0 por medicamentos OTC. Antes de que reciba medicamentos OTC, debe obtener una receta de su proveedor tratante.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Con este beneficio, recibirá una tarjeta Instant Savings prepagada con crédito cada trimestre para ayudarlo a pagar por los artículos elegibles, incluidos los de marcas nacionales y de tiendas de las siguientes categorías: • alimentos saludables y víveres aprobados por el plan, como alimentos frescos, lácteos, productos secos, cajas con productos alimenticios y bebidas; • medicamentos o artículos OTC elegibles para Medicare, como suministros de primeros auxilios, atención dental, productos para el resfrío y protección solar; • medicamentos o artículos OTC elegibles para MassHealth, incluidos aquellos de uso diario para el cuidado personal, la salud o la higiene, como champú, acondicionador, desodorante y jabón; y • otros artículos aprobados, como kits de pruebas de detección de la COVID-19 en el hogar, audífonos OTC, sábanas para camas de hospital y naloxona OTC (o Narcan). Los créditos se cargan el primer día de cada trimestre (en enero, abril, julio y octubre) y se vencen el último día de cada trimestre (31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre). Puede usar su tarjeta Instant Savings para pagar por los artículos elegibles como se describe a continuación. Compre en tiendas: Use su tarjeta Instant Savings en los comercios minoristas físicos participantes, incluidos CVS Pharmacy, Dollar General, Walmart, Rite Aid, Walgreens, Stop & Shop, Star Market y Family Dollar. Para obtener una lista completa de las tiendas	Recibirá un crédito de \$425 al principio de cada trimestre calendario en enero, abril, julio y octubre, para utilizar en artículos aprobados. Si el costo de los artículos aprobados supera el límite del beneficio de \$425 por trimestre calendario, usted es responsable de los costos adicionales. El saldo no utilizado al final de un trimestre calendario no se transferirá al siguiente.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
minoristas participantes y sus ubicaciones, visite thpmp.org/mybenefitscenter. Seleccione “Locations” (Ubicaciones) en la parte superior de la página de inicio para buscar las ubicaciones de las farmacias participantes cerca de usted. Cuando deslice su tarjeta de Instant Savings, el costo de todos los artículos elegibles se deducirá automáticamente hasta cubrir el saldo restante de su tarjeta. Será responsable de los costos de todos los artículos que no sean elegibles y/o de los costos de los artículos elegibles que excedan su saldo restante en el momento de la compra. Puede descargar y utilizar la aplicación móvil OTC Network[®] para controlar el saldo de su tarjeta y encontrar fácilmente los artículos elegibles cuando compre en los comercios minoristas participantes. La aplicación móvil OTC Network[®] está disponible 24 horas al día, siete días a la semana. Compra en línea: Visite thpmp.org/mybenefitscenter, inicie sesión con el número que aparece en su tarjeta Instant Savings y el número de nueve dígitos de su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options. Puede buscar artículos elegibles, incluidas marcas nacionales y de la tienda, haciendo clic en “Products” (Productos) en la parte superior de la página de inicio. Para comprar en línea, selecciona “Locations” (Ubicaciones) en la parte superior de la página de inicio, luego selecciona “Online” (En línea) en el panel izquierdo para ver los enlaces a CVS Health, Medline, Walmart.com y Walgreens.com. Haga clic en el enlace del sitio donde quiere comprar y siga las instrucciones a continuación para comprar en ese sitio. NOTA: las compras en otros sitios web minoristas no califican.	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• CVS Health: pida artículos en línea desde el sitio de CVS Health o llame al 1-833-875-1816, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 11 p. m., y un representante de CVS Health tomará su pedido. • Medline: pida sus artículos en línea en el sitio de Medline o llame al 1-833-569-2330, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., ET, y un representante de Medline tomará su pedido. • Walmart.com: pida sus artículos en línea en Walmart.com. Al finalizar la compra, seleccione “pay with card” (pagar con tarjeta) e ingrese el número de su tarjeta Instant Savings. • Walgreens.com: pida sus artículos en línea en Walgreens.com. Al finalizar la compra, ingrese el número de su tarjeta Instant Savings en donde se pida el número de la tarjeta. CVS Health y Medline son sitios selectos en donde solo se puede comprar artículos elegibles. Los artículos OTC que pidas en línea por estos sitios o por teléfono se entregarán sin cargo de envío adicional entre 2 y 5 días hábiles después de recibir el pedido. Walmart.com y Walgreens.com no son sitios selectos, por lo que podrá comprar tanto artículos elegibles como artículos que no son elegibles. Sin embargo, solo podrá usar su tarjeta Instant Savings para pagar artículos elegibles hasta que agote el saldo de su tarjeta al momento de la transacción. Puede pagar los artículos no elegibles con otro método de pago, como una tarjeta de crédito personal o en efectivo. Además, podrían aplicarse cargos de envío según el volumen del pedido, los cuales no cubriría su tarjeta Instant Savings. Para evitar cargos de envío, elija la opción de recoger en la tienda. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se presta como servicio hospitalario para pacientes externos o a través de un centro comunitario de salud conductual, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico o del terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización del paciente. Los servicios intensivos para pacientes externos son un programa estructurado de tratamiento activo de salud conductual (mental) que se brinda en un departamento hospitalario para pacientes externos, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o del terapeuta, pero menos que una hospitalización parcial. Hay un programa de salud conductual diario a corto plazo disponible siete días a la semana que consiste en un tratamiento agudo intensivo terapéutico en un entorno terapéutico estable, lo que incluye el manejo diario de problemas psiquiátricos. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de asistente de cuidado personal (PCA) Un programa dirigido al consumidor que les permite a los miembros contratar servicios de asistente de cuidado personal (PCA) para ayudarlos con actividades	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir este servicio.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
de la vida diaria (ADL), como movilidad y traslados, medicamentos, bañarse e higiene, vestirse o desvestirse, ejercicios del rango de movimiento, comer e ir al baño; y con actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), como ir de compras, lavar la ropa, preparación de comidas o limpieza del hogar. No cubre recreación, cuidado de niños, capacitación vocacional, indicaciones verbales o señales ni supervisión. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	Antes de que reciba servicios de asistente de cuidado personal (PCA), debe analizarlos con el gerente de atención del plan.
Servicios médicos, como citas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • La atención médica o los servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio del médico, centro certificado de cirugía ambulatoria, departamento para pacientes externos en un hospital o cualquier otro centro • Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por el PCP/PCT, si el médico los ordena para ver si usted necesita tratamiento médico • Servicios de Telehealth para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis a domicilio en un centro hospitalario de diálisis renal o de	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir los servicios de monitoreo remoto de pacientes.</i> Paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. Paga \$0 por los servicios de Telehealth cubiertos por Medicare. Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener una derivación de su PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
acceso crítico, un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de Telehealth para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente del lugar donde usted se encuentre • Servicios de Telehealth para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud conductual concurrente, independientemente del lugar donde se encuentren • Servicios de Telehealth para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud conductual si: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de Telehealth ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de Telehealth ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de Telehealth para las visitas de salud conductual proporcionados por las Clínicas de Salud Rurales y los Centros de Salud Calificados Federalmente • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ○ no es un paciente nuevo; y ○ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y ○ el chequeo no conduce a una cita en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más pronto disponible	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas <u>si</u>: ◦ no es un paciente nuevo; y ◦ la evaluación no conduce a una cita en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más pronto disponible • Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, compostura de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en caso de enfermedad neoplásica por cáncer o servicios que estarían cubiertos cuando los provee un médico) • Examen médico anual (un examen más a fondo que la visita anual de bienestar. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello, y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas y una revisión de hospitalizaciones recientes). Con cobertura una vez cada año calendario • Citas de seguimiento en el consultorio después del alta del hospital, SNF, hospitalizaciones en centros comunitarios de salud conductual, observación de paciente externo u hospitalización parcial	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de Telehealth adicionales no cubiertos por Medicare, que incluyen: ○ Servicios de médicos de atención primaria y otros profesionales del cuidado de la salud (asistentes médicos [PA] y enfermeras practicantes [NP]) ○ Servicios de médico especialista ○ Sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud conductual ○ Sesiones individuales y grupales para servicios de psiquiatría ○ Servicios del programa de tratamiento de opioides ○ Servicios de observación ○ Sesiones individuales y grupales para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias ○ Servicios de educación sobre enfermedades renales ○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes ○ Servicios de urgencia ○ Servicios de fisioterapia y patología del habla-lenguaje • La cobertura adicional de Telehealth incluye solo consultas sincrónicas audiovisuales con su médico utilizando un software de comunicación compatible con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) • Los servicios de Telehealth adicionales están cubiertos con sus proveedores existentes desde cualquier lugar o desde cualquier proveedor	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios de Telehealth adicionales de un especialista, debe obtener una derivación de su PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
con una derivación para una visita de telemedicina de su PCP • Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante Telehealth. Si elige recibir uno de estos servicios a través de Telehealth, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de Telehealth <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolones) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que perjudican las extremidades inferiores, como enfermedades metabólicas (diabetes), neurológicas o vasculares periféricas (estrechamiento y bloqueo de las arterias que llevan sangre a los brazos y a las piernas) Para el cuidado del pie diabético, consulte “Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos” en este cuadro de beneficios. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios de podología, debe obtener una derivación de su PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses): • Examen de tacto rectal • Examen del antígeno específico de la próstata (PSA)	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el examen anual del PSA.
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del organismo. Incluyen, entre otras cosas, la prueba, la adaptación o la capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos, como así también: bolsas y suministros para colostomía que se relacionan directamente con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos u ortopédicos, así como su reparación o reemplazo. También incluye cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección. Nota: • Para obtener cobertura, el dispositivo o suministro debe estar cubierto por el plan; ser médicamente necesario; ser suministrado por un proveedor de DME u órtesis y prótesis	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para obtener determinados dispositivos protésicos e insumos relacionados.</i> Usted pagará \$0 por dispositivos cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
(O&P) de la red del círculo de derivaciones del PCP; y, en algunos casos, contar con una autorización previa. • Si necesita ayuda para determinar si los artículos o suministros están cubiertos, o si se requiere autorización previa, o si un proveedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) pertenece a nuestra red, llame a Servicios para Miembros. La cobertura también incluye la evaluación, la fabricación y el ajuste de una prótesis. Artículos adicionales no cubiertos por Medicare, cubiertos por MassHealth Standard (Medicaid): Medias quirúrgicas/de compresión: 4 medias al año Mangas para mastectomía: 2 pares cada 7 meses <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i> Insumos médicos Son artículos u otros materiales médicamente necesarios que se usan una vez y se desechan o, de alguna forma, se agotan. Incluyen, entre otros, los siguientes: catéteres, gasa, insumos para vendajes quirúrgicos, vendas, agua estéril e insumos para traqueotomía. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para obtener determinados insumos médicos.</i> Usted pagará \$0 por suministros cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y una derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir este servicio.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener una derivación del PCP.
 Exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos un examen de detección para reducir el consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare que consumen alcohol en exceso pero no son dependientes del alcohol. Si el resultado es positivo para el consumo excesivo de alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones breves de orientación en persona al año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), proporcionadas por un médico calificado de atención primaria o profesional de la salud en un entorno de atención primaria.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.
 Exámenes de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas entre los 50 y los 77 años que no tienen señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 etiquetas al año y que	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible para la consulta de orientación y de toma de decisiones en conjunto o para la LDCT cubiertas por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una orientación de exámenes de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones en conjunto que cumplen los criterios de Medicare para esas visitas, que realizó un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico. <i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de detección inicial con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede realizarse durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico. Si un médico o profesional de la salud calificado que no es médico decide proporcionar una orientación sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta para tomar decisiones en conjunto para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para esas consultas.	
 Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenirlas Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. También cubrimos hasta dos sesiones de orientación conductual de alta intensidad individual, en persona, de 20 a 30 minutos, cada año para adultos sexualmente activos que tienen un riesgo mayor de sufrir una ITS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las provee un proveedor primario	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación de ITS cubierto por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
de cuidados médicos y se realizan en un entorno de atención primaria, como en el consultorio del médico. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
Servicios para tratar enfermedades del riñón Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar la manera de cuidar los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV que fueron derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (que incluyen tratamientos de diálisis cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si usted es hospitalizado para atención especial) • Capacitación en autodiálisis (comprende capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de técnicos de diálisis para controlar el proceso de diálisis en	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
su hogar, ayudarlo en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) • Laboratorio • Cambio de tubo y adaptador • Hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal cíclica continua y diálisis peritoneal continua ambulatoria Ciertos medicamentos para la diálisis tienen cobertura conforme a su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de Medicare Parte B. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 11 de este documento. En ocasiones, a los centros de enfermería especializada se les denomina SNF). Usted está cubierto hasta por 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería especializada	<i>Es posible que se requiera una autorización previa para recibir servicios de cuidado de enfermería especializada.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Usted está cubierto hasta por 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Si se le acaba su beneficio de Medicare, sigue teniendo cobertura de MassHealth Standard (Medicaid). Se hace seguimiento a los miembros de SCO durante toda la progresión de la salud, incluso el tiempo que permanece en un centro de enfermería especializada

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se presentan de forma natural en el organismo, como factores anticoagulantes) • Sangre: incluye el almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita porque tiene cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) • Suministros médicos y quirúrgicos que por lo general los proporcionan en un SNF • Análisis de laboratorio que por lo general se realizan en un SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que por lo general se realizan en un SNF • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, que por lo general se proveen en un SNF • Servicios médicos Por lo general, recibirá la atención de SNF en un centro de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda obtener atención de un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta la cantidad de pago de nuestro plan. • Una casa de reposo o comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que recibe el alta del hospital <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	o centro de cuidados a largo plazo. Tufts Health Plan Senior Care Options lo dirigirá a centros seleccionados para administrar mejor sus necesidades específicas mientras recibe atención en un entorno institucional. Los miembros del equipo pueden ser una enfermera practicante o médico asignado, gerentes de atención en el centro o la comunidad y especialistas. Usted trabajará con su Equipo de Atención Primaria (PCT) para seleccionar un centro de las opciones identificadas. Las exclusiones abarcan los casos en los que un familiar cercano del miembro vive en un centro que usted solicita o si usted actualmente vive en un centro y se afilia a nuestro programa SCO.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Dejar de fumar o de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos de dejar de fumar con orientación dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. <u>Si consume tabaco y tiene un diagnóstico de una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con orientación dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos que se aplican. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. Cubrimos el asesoramiento, individual y en grupo, para dejar de fumar y el tratamiento farmacológico, que incluye la terapia de reemplazo de nicotina (NRT). Esto es además de cualquier servicio que esté cubierto por Medicare. El asesoramiento telefónico para dejar de fumar también está disponible a través del Programa de Prevención y para Dejar de Fumar de Massachusetts (MTCP). MTCP es un servicio gratis basado en evidencia para dejar de fumar desarrollado por el Department of Public Health de Massachusetts. Si está listo para dejar de fumar o está pensando en hacerlo, hable con su médico sobre el Programa de Prevención y para Dejar de Fumar de Massachusetts (MTCP), visite www.mass.gov/take-the-first-step-toward-a-nicotine-free-life o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar o de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Revise el Formulario de Tufts Health Plan Senior Care Options para conocer los agentes para dejar de fumar que están cubiertos. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	
Terapia de ejercicios supervisada (SET) La terapia de ejercicios supervisada (SET) está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una derivación por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, que comprenda un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación; • realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio del médico; • proporcionarlo personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD; • proporcionarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera practicante/especialista en enfermería clínica	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para recibir este servicio.</i> Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener una derivación del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
que deben estar capacitados tanto en técnicas básicas como avanzadas de apoyo de la vida. La SET puede estar cubierta por más de 36 sesiones durante 12 semanas, para un adicional de 36 sesiones durante un período extendido si un proveedor de cuidado de la salud estima que es médicamente necesaria.	
Transporte (para citas médicas) Ambulancia, taxi y transporte en automóvil habilitado para silla de ruedas para citas médicas que no son casos de emergencia. Para pedir el transporte a las citas médicas, llame a ModivCare al 1-855-251-7092 en horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-288-3113. Excepto en una emergencia, las solicitudes de transporte para acudir a las citas médicas deben realizarse con un mínimo de 2 días hábiles de antelación a la cita, sin contar el día de la llamada. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Los servicios deben ser provistos por el proveedor de transporte aprobado por el plan. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información sobre este beneficio, visite www.thpmp.org/sco o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contratapa de este material).
Transporte (para fines no médicos) Para fines no médicos, se ofrecen dos traslados de ida y vuelta al mes (hasta 24 viajes de ida y vuelta por año calendario). Límite de 20 millas para cada etapa. Para pedir el transporte a las citas que no son médicas, llame a ModivCare al 1-855-251-7092 en horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-288-3113.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Los servicios deben ser provistos por el proveedor de transporte aprobado por el plan. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información sobre este beneficio, visite

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Las solicitudes de transporte para acudir a las citas que no son médicas deben realizarse con un mínimo de 2 días hábiles de antelación a la cita, sin contar el día de la llamada. <i>Este beneficio está cubierto por el plan conforme a los beneficios del Modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor (VBID) de Medicare.</i>	www.thpmp.org/sco o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contratapa de este material).
Servicios de urgencia Cualquier servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, debido al tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red que tienen un contrato con el plan. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con proveedores que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de urgencia. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	Usted paga \$0 por servicios de urgencia cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, como tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto Nota: Consulte la información adicional a continuación para conocer la cobertura de los exámenes oftalmológicos de rutina. • Para personas con un alto riesgo de desarrollar glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma al año. Los siguientes grupos son de alto riesgo: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más • Para personas con diabetes, los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez al año	Usted pagará \$0 por cada consulta para pacientes externos para servicios de diagnóstico o tratamientos de una enfermedad o afección del ojo cubierta por Medicare. Usted pagará \$0 por un examen anual de detección de glaucoma si tiene alto riesgo. Antes de recibir los servicios de un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener una derivación del PCP. No se necesita una derivación para que lo atienda un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará \$0 por un examen anual de detección de retinopatía diabética. Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos anteojos después de la segunda). Monturas/lentes correctivos (y reemplazos) necesarios después de una operación de cataratas con implante de lente (tonos, recubrimiento antirreflectante, lentes UV o lentes de gran tamaño solo están cubiertos cuando el médico tratante los considere médicamente necesarios). Nota: La cobertura incluye la adaptación y el seguimiento estándar después de la colocación inicial como se indica a continuación: - Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y tendrán disponibles hasta 2 visitas de seguimiento una vez que se haya completado un examen de la vista completo. - El miembro debe completar el seguimiento durante los 45 días calendario posteriores a la adaptación, y la adaptación y el seguimiento deben ser realizados por el mismo proveedor. - Un par de anteojos terapéuticos (con receta) estándar por año calendario (incluye un par de monturas estándar y lentes monofocales, bifocales o trifocales) o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia.	Usted paga \$0 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando se obtienen de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido por Medicare si compra monturas que son superiores a las estándar. Usted paga \$0 por un par de anteojos estándar con marcos estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Nota: La cobertura incluye la adaptación y el seguimiento estándar después de la colocación inicial como se indica a continuación: • Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y tendrán disponibles hasta 2 visitas de seguimiento una vez que se haya completado un examen de la vista completo. • El miembro debe completar el seguimiento durante los 45 días calendario posteriores a la adaptación, y la adaptación y el seguimiento deben ser realizados por el mismo proveedor. • Un examen oftalmológico de rutina cada año calendario • Subsidio de anteojos (lentes y monturas o lentes de contacto) Anteojos de rutina (lentes recetados, monturas, una combinación de ambos) o lentes de contacto hasta el monto permitido por año calendario. Para comunicarse con EyeMed Vision Care en caso de que tenga preguntas sobre este beneficio, llame al 1-866-591-1863. Para los	No se necesita una derivación para este servicio, pero debe obtener anteojos cubiertos de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará \$0 por un examen oftalmológico de rutina anual. No se requiere una derivación para el examen oftalmológico de rutina anual, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Las refracciones oculares no están cubiertas si se facturan por separado del examen oftalmológico de rutina. Las refracciones no están cubiertas, excepto cuando se incluyen y facturan como parte del examen ocular de rutina. Para tener acceso al beneficio de anteojos de rutina, puede comprar los anteojos en cualquier proveedor. Si escoge un proveedor participante de la red EyeMed Vision Care, tendrá un beneficio de \$300 por año calendario para anteojos (lentes recetados, monturas, una combinación de

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
miembros con problemas de audición, EyeMed proporciona un sistema de retransmisión para garantizar que usted pueda recibir el servicio, independientemente de que tenga o no un sistema habilitado para TDD/TTY. Utilizar este sistema es muy fácil. Simplemente marque el 711, pídale al operador que se comuniquen con EyeMed al 1-844-230-6498, y será atendido a través de una conferencia telefónica entre usted, el operador del 711 y un representante. <i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i>	ambos) o lentes de contacto, que se aplica en el momento del servicio, y sería responsable de pagar el saldo. El proveedor de EyeMed Vision Care procesará la reclamación. Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar desembolsos y solicitar un reembolso. Recibirá un reembolso de \$180 por año calendario por anteojos (lentes recetados, monturas, una combinación de ambos) o lentes de contacto. Debe presentar una reclamación ante EyeMed Vision Care para recibir el reembolso. Llame a Servicios para Miembros para obtener el formulario de reclamación. Si el costo de los anteojos supera el límite del beneficio (\$300 en la red de EyeMed Vision Care, \$180 para proveedores no participantes), usted es responsable de todos los cargos adicionales. El proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan por atención rutinaria de la vista puede ser distinto al proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan para tratar afecciones médicas. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre los beneficios de la vista.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 Visita preventiva “Bienvenida a Medicare” El plan cubre la visita preventiva única <i>Bienvenida a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluye ciertos exámenes de prevención e inyecciones [vacunas]) y derivaciones a otra atención, si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva <i>Bienvenida a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses después de tener Medicare Parte B. Cuando programe la cita, informe al consultorio del médico que quiere programar la visita preventiva <i>Bienvenida a Medicare</i>.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.
Pelucas Las pelucas están cubiertas para miembros que experimentan caída del cabello debido al tratamiento para el cáncer. Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso para miembro junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. La prueba de pago debe estar a nombre del miembro o, en su defecto, a nombre de su representante registrado. Llame a Servicios para Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org/sco. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.	El plan cubre hasta \$350 por año. Para tener acceso al beneficio de pelucas, puede comprar la peluca en cualquier proveedor. Si escoge un proveedor participante, tendrá un beneficio de \$350 por año que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar el saldo. Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar desembolsos y solicitar un reembolso. Debe presentar una reclamación con el plan para recibir el reembolso. Llame a Servicios para Miembros para obtener el formulario de reclamación.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Tufts Health Plan Senior Care Options?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options

No hay servicios disponibles a través de Medicare o MassHealth (Medicaid) que Tufts Health Plan Senior Care Options no cubra.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

En esta sección se informa qué servicios están excluidos.

En el siguiente cuadro se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan solo en circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagar por ellos, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, estos servicios no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción sería si el servicio se apela y tras la apelación se decide que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica; (para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 8, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo circunstancias específicas
Acupuntura		Hasta 20 visitas cubiertas anualmente por Medicare. Servicios adicionales cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid), con autorización previa.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo circunstancias específicas
Cirugía o procedimientos estéticos.		Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento de la función de un miembro corporal con malformación. Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado de relevo. El cuidado de relevo es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria (bañarse o vestirse, por ejemplo).		Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare de acuerdo con un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Se cobra una tarifa por el cuidado proporcionado por parientes directos o miembros de su grupo familiar.		Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo circunstancias específicas
Atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.		Puede estar cubierta por el plan mediante los beneficios de MassHealth (Medicaid) solo cuando no hay disponibles otros modos de atención alternativos. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Comidas con entrega a domicilio.		Cubiertas por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica con las tareas del hogar, como limpieza ligera o preparación de comidas.		Cubiertas por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Servicios de medicina natural (usa tratamientos naturales o alternativos).	No cubierto bajo ninguna circunstancia	
Atención dental que no es de rutina.		Atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para paciente internado o externo. Servicios adicionales cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies.		Los zapatos que son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato o los zapatos que son para una persona con enfermedad del pie diabético. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubierto bajo ninguna circunstancia	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital.		Cubierta solo cuando sea médicamente necesaria.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos de venta sin receta.	No cubierto bajo ninguna circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina.		La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta. Servicios adicionales cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		Cubierta por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Exámenes de rutina de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para defectos de visión.		Los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.
Cuidado de rutina de los pies.		Alguna cobertura limitada que se provee de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). Servicios cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid) cuando sean médicamente necesarios.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para ajuste de audífonos.		- Los exámenes auditivos de diagnóstico están cubiertos por Medicare. Los audífonos y el examen de ajuste están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). - Los audífonos OTC están cubiertos bajo el beneficio de venta libre (OTC).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con las normas de Original Medicare.		Cubiertos solo en circunstancias específicas: Los servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con las normas de Original Medicare, no están cubiertos, a menos que el plan indique que estos servicios están cubiertos, que estén cubiertos por el plan con los beneficios de MassHealth (Medicaid) o que se determinen como necesarios según el plan de atención médica personalizado.

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan para
medicamentos recetados de Parte D*

Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos

Debido a que es elegible para MassHealth Standard (Medicaid), usted califica y recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos del plan de sus medicamentos recetados. Debido a que usted está en el programa “Extra Help”, **quizás no se aplique a usted parte de la información que aparece en la Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de Parte D.**

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas de uso de su cobertura para los medicamentos de Parte D.** Consulte en el Capítulo 4 los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos relacionados con la condición de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). En la Lista de medicamentos de venta libre (OTC) se explica cómo averiguar la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).

Sección 1.1 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de Parte D del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, un dentista u otro prescriptor) que le emita una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su prescriptor no debe aparecer en las listas de exclusión o prevención de Medicare.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O bien, puede *surtir sus recetas a través del servicio de pedido por correo del plan*.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (llamada Lista de medicamentos para fines prácticos). (Consulte la Sección 3 de este capítulo)
- El medicamento se debe usar por una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.
- Es posible que su medicamento requiera autorización antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Usar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red corresponde a una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos recetados de Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo buscar una farmacia de la red en su área?

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.thpmp.org/sco) y/o llamar a Servicios para Miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red proveen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos en una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará qué farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo sus gastos directos del bolsillo podrían variar para medicamentos diferentes.

¿Qué pasa si la farmacia que estaba usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, www.thpmp.org/sco.

¿Qué pasa si usted necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio. Nuestro plan cubrirá la terapia de infusión a domicilio si sucede lo siguiente:
 - su medicamento recetado está en el formulario de nuestro plan o se autorizó una excepción al formulario para su receta;
 - su medicamento recetado no tiene otra cobertura según los beneficios médicos de nuestro plan;
 - nuestro plan ha aprobado su receta para la terapia de infusión a domicilio; y
 - su receta fue emitida por un prescriptor autorizado.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas o Programa de Salud Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. Para buscar una farmacia especializada de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores y farmacias* o llamar a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos provistos mediante pedido por correo son medicamentos que toma de manera regular para una afección crónica o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le exige solicitar **como mínimo un suministro para 30 días del medicamento y como máximo un suministro para 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se indican en la contratapa de este material).

Habitualmente se le entregará su pedido de farmacia por correo antes de 15 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede sufrir retrasos. Si su pedido se retrasa, llame a Servicios para

Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este material) en el horario de atención y le permitiremos surtir un suministro parcial del medicamento en una farmacia minorista de la red.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se comunicará con usted para saber si quiere surtir el medicamento inmediatamente o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que lo llamen de la farmacia para informarles si deben enviar, retrasar o suspender la nueva receta.

Cómo resurtir recetas de pedidos por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su siguiente pedido lo envíen a tiempo.

De esa manera, la farmacia se comunicará con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo; asegúrese de que la farmacia tenga la mejor manera de comunicarse con usted. Llame a Servicio al Cliente de OptumRx sin costo al 1-800-510-4817 (TTY: 711) para proporcionar su información de contacto preferido. El horario de atención es continuado 24 horas al día, 7 días a la semana.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?
--

El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que están en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias* que se encuentra en www.thpmp.org/sco se indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde podrá surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, indicamos las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- **Emergencias médicas**
 - No hay cobertura en las farmacias fuera de la red. Sin embargo, si realiza un desembolso por una receta relacionada con la atención de una emergencia médica o una atención de urgencia, puede pedirnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde presentando un formulario de reclamaciones en físico (a continuación, consulte los detalles en “*Cómo solicitar el reembolso al plan*”). Si se encuentra en esta situación, también puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este material).
- **Cuando viaja o está lejos del área de servicio del plan**
 - Si toma un medicamento recetado de manera regular y se va de viaje, asegúrese de revisar su suministro de ese medicamento antes de partir. Si es posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir anticipadamente sus medicamentos recetados a través del servicio de farmacia de pedido por correo de nuestra red o de una farmacia minorista de la red.
 - Si viaja dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma o pierde o se le agotan sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las reglas de cobertura identificadas en este documento y no hay una farmacia de la red disponible. No hay cobertura en las farmacias fuera de la red. Sin embargo, si realiza un desembolso por una receta relacionada con la atención de una emergencia médica o una atención de urgencia, puede pedirnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde presentando un formulario de reclamaciones en físico (a continuación, consulte los detalles en “*Cómo solicitar el reembolso al plan*”). Si se encuentra en esta situación, también puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este material).

- Antes de surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red, llame a Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área hacia donde está viajando. Nuestra red de farmacias está distribuida en todo el país. Si no hay farmacias de la red en esa área, usted puede hacer las gestiones para que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red.
- **Otras ocasiones en que puede tener cobertura para su receta si va a una farmacia fuera de la red**
 - Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se aplica, al menos, una de las siguientes situaciones:
 - Si usted no puede recibir un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay farmacias de la red a una distancia razonable en auto que proporcione servicio las 24 horas.
 - Si usted trata de surtir un medicamento recetado cubierto que no se abastece regularmente en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red que sea elegible (aquí se incluyen los medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos de especialidad).
 - Envíe un formulario de reclamación para pedirnos que le reembolsemos el costo.

En estas situaciones, **consulte primero con Servicios para Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este material). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar el reembolso al plan?

Los miembros de SCO no pagan por los servicios cubiertos.

Si usted debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso (el Capítulo 6, Sección 2.1 explica cómo solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de Parte D están cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos Lista de medicamentos para fines prácticos**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). En la Lista de medicamentos de venta libre (OTC) se explica cómo averiguar la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).

Generalmente, cubriremos un medicamento que figure en la Lista de medicamentos del plan siempre que siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el medicamento se use según una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada corresponde al uso de un medicamento *que cumpla lo siguiente*:

- está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los cuales se está recetando; o
- está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones, pero se consideran fuera del formulario para otras. Estos medicamentos estarán identificados en nuestra Lista de medicamentos y en el Buscador de planes de Medicare, junto con las afecciones específicas que cubren.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a los medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos y los productos biosimilares suelen funcionar tan bien como los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Según las leyes estatales, algunos biosimilares y biosimilares intercambiables se pueden sustituir por productos biológicos originales en la farmacia sin necesidad de tener una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 11 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden figurar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre algunos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

¿Qué *no* está en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que un plan de Medicare 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 un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. Es posible que en algunas ocasiones pueda obtener un medicamento que no esté en la lista. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información.
- En la Lista de medicamentos de venta libre (OTC) se explica cómo averiguar la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).

Sección 3.2 ¿Cómo puedo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?
--

Tiene 4 maneras de averiguarlo:

1. Revisar la Lista de medicamentos más reciente que entregamos electrónicamente.
2. Visitar el sitio web del plan (www.thpmp.org/sco). La Lista de medicamentos que está en el sitio web siempre se mantiene actualizada.
3. Llamar a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista

4. Usar la Real-Time Benefit Tool (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) del plan (www.thmp.org/sco o llamar a Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si existen medicamentos alternativos en la lista que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para incentivarlos a usted y a su proveedor para que usen los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o quiere tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de costo más alto, las reglas del plan están diseñadas para incentivarlos a usted y a su proveedor para que usen esa opción de menor costo.

Tome en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de cuidado de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg, una vez al día versus dos veces al día, tableta versus líquido, etc.).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le ofrecen más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que adoptar medidas adicionales para que cubramos ese medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que nosotros lo eximamos de la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos acceder o no a eximirlo de la restricción (consulte el Capítulo 8).

Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y, por lo general, cuesta menos. **Cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le entregarán la versión genérica en lugar del**

medicamento de marca. Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca (su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la autorización anticipada del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que accedamos a cubrir su medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar sobre el uso adecuado de determinados fármacos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no tener la cobertura del plan.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo incentiva a probar con medicamentos menos costosos, pero normalmente con una eficacia equivalente, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A cuesta menos, el plan puede exigir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**.

Cantidad límite

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera que es seguro tomar solo una píldora al día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora al día.

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ningún tipo de cobertura. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que lo estuviera.
- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no aparece en la Lista de medicamentos o si tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, estas son las opciones:

- Puede recibir un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones al medicamento.

Puede recibir un suministro temporal.

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le dará tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para recibir un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe figurar en la Lista de Medicamentos del plan O ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estaba en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de **30 días**. Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red (tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar desperdicio).
- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 90 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro inmediatamente:**
Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menor si su receta está indicada para menos días. Esto es una adición al suministro temporal indicado anteriormente.

Como miembro actual, si está en un centro de LTC y si experimenta un cambio imprevisto de su medicamento debido a un cambio en el nivel de atención, puede solicitar que aprobemos un surtido temporal único del medicamento no cubierto para que tenga tiempo de analizar un plan de transición con el médico. Su médico también puede solicitar una excepción a la cobertura del medicamento no cubierto según la revisión de la necesidad médica siguiendo el proceso estándar de excepción descrito anteriormente. El “primer surtido” temporal será, por lo general, un suministro de 31 días, pero se podría extender para darles tiempo a usted y a su médico para administrar las complicaciones de varios medicamentos o cuando las circunstancias especiales lo justifiquen. Usted o su representante personal pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este material) para solicitar un surtido temporal de la receta.

- Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica tanto a los “medicamentos de Parte D” como a los medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede usar para comprar un medicamento de Parte D o un medicamento de venta libre (OTC) fuera de la red, a menos que usted califique para un acceso fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

Durante el tiempo que use un suministro temporal de un medicamento, usted debería conversar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiarse a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente que cubra el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aun cuando no esté en la Lista de medicamentos del plan. También puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y un medicamento que usted está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo de su prescriptor). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 8, Sección 7.4 le indica qué hacer. Se explican los procedimientos y plazos que ha fijado Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera oportuna y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren a comienzos de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca con una versión genérica del medicamento.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 11 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos mencionados en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realicen cambios en la Lista de medicamentos, publicaremos información en nuestro sitio web acerca de esos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios de inmediato en un medicamento similar de la lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la lista de medicamentos, es posible que eliminemos de inmediato un medicamento similar de la lista, movamos el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y tendrá las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y avisarle después, incluso si usted está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el medicamento en el momento en que hacemos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hicimos.
- **Agregar medicamentos a la lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la lista de medicamentos con un aviso anticipado.**
 - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la lista de medicamentos, es posible que eliminemos un medicamento similar de la lista, lo movamos a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos nuevas restricciones o ambos. La versión del

medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y tendrá las mismas o menos restricciones.

- Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista.
- Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o bien le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado de la Lista de medicamentos.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que el año haya comenzado que afectan los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en los medicamentos que está tomando, hable con el médico sobre las opciones que funcionen mejor para usted, incluyendo cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones del medicamento que está tomando. Usted o el médico pueden solicitarnos una excepción para que se mantenga la cobertura del medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, consulte el Capítulo 8.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no están descritos anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

Por lo general, los cambios que no lo afectarán durante el año actual del plan son:

- Ponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Retiramos medicamentos de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios sucede para un medicamento que está tomando (excepto por el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se indica qué tipos de medicamentos recetados están excluidos. Esto significa que ni Medicare ni MassHealth Standard (Medicaid) pagan por estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos (para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 8). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por MassHealth (Medicaid), deberá pagarlo usted mismo.

Aquí hay tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a Parte D:

- La cobertura de medicamentos de Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que sería cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Los medicamentos no están cubiertos en ningún caso si se compran fuera de los Estados Unidos, aunque se adquieran en una situación de emergencia o de urgencia.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex. Un uso *no indicado* corresponde a cualquier uso diferente al especificado en la etiqueta de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid), como se indica también seguidamente.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre). Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos por la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).
- Medicamentos usados para aliviar la tos o los síntomas del resfrío. Algunos medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfrío están cubiertos por la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor. Algunas vitaminas y productos minerales están cubiertos por la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Los medicamentos para pacientes externos para los cuales el fabricante busca exigir que se compren pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente al fabricante como una condición de venta.

Además, si recibe “Extra Help” para pagar sus recetas, el programa “Extra Help” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos de MassHealth (Medicaid), su programa de Medicaid de Massachusetts puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa de MassHealth (Medicaid) para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione información de su membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de su membresía en el plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que escoja. La farmacia de la red facturará automáticamente el medicamento al plan.

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene la información de su membresía con usted?

Si no lleva consigo la información de su membresía en el plan cuando surte la receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o bien puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta cuando la vaya a recoger** (luego puede **pedirnos el reembolso**. Consulte la Sección 2 del Capítulo 6 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

Si lo ingresan a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados mientras los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (LTC), como una casa de reposo, tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que este use, siempre que sea parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de farmacias* que se encuentra en www.thpmp.org/sco para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la farmacia que este usa es parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información o ayuda, póngase en contacto con Servicios para Miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera regular sus beneficios de Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de medicamentos” o que está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre el suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si usted está recibiendo cuidados de hospicio certificados por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en servicios de cuidados de hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por estos servicios, ya que no se relacionan con una enfermedad terminal y afecciones asociadas, el prescriptor o su proveedor de cuidados de hospicio deben notificar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrirlos. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, solicite al proveedor de cuidados de hospicio o al prescriptor que hagan la notificación antes de que le surtan la receta.

En caso de que usted revoque su elección de cuidados de hospicio o le den el alta del hospicio, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta médica.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y cómo administrarlos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones de cómo nuestros miembros usan los medicamentos para poder asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, identificamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento para tratar la misma afección

- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.2 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos que las personas con trastorno por consumo de sustancias utilizan con frecuencia de forma inapropiada. Este programa se llama Programa de Gestión de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que recibe de varios prescriptores o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente por opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. En colaboración con los prescriptores, si decidimos que el uso de medicamentos opioides recetados puede no ser seguro en su caso, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides en una(s) determinada(s) farmacia(s)
- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides de unos determinados prescriptores
- Limitación de la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos en su caso

Si tenemos planeado limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En ella se le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si será necesario que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un prescriptor o farmacia específicos. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que debamos conocer. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, su prescriptor y usted tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso

a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con el cáncer o anemia de células falciformes, si recibe cuidados de hospicio, paliativos o para enfermos terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapias de 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. Nuestro programa se llama Administración de Terapias de Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratis. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud revisará de manera cabal todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Usted recibirá un informe escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre cómo eliminar de forma segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el informe con usted a su consulta o en cualquier momento en que converse con los médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en ese programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué período de pago se encuentra

Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Beneficios de Parte D” (“EOB de Parte D”)

Nota: Es posible que la siguiente sección no corresponda a su caso. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene gastos directos del bolsillo para los medicamentos recetados de Parte D cubiertos.

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha hecho cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos avisarle cuando pase de un período de pago de medicamentos al siguiente. En particular, llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su “**gasto directo del bolsillo**”.
- Llevamos un registro de sus “**costos totales de medicamentos**”. Esta es la cantidad que paga por concepto de gastos directos del bolsillo u otros pagos en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Beneficios de Parte D* (a veces llamado “EOB de Parte D”) cuando tenga una o más recetas surtidas a través del plan durante el mes anterior. El EOB de Parte D ofrece más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su prescriptor sobre estas opciones de menor costo. El EOB de Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe ofrece información de pago detallada sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted u otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información de “año a la fecha”. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta que pueda estar disponible.

Sección 11.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y los pagos que hace por medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. De la siguiente manera nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta.** Para asegurarnos de que estamos al tanto de las recetas que está surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía en el plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Es posible que en ocasiones pague medicamentos recetados cuando no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar el registro de sus gastos directos del bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos directos del bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), el costo de sus medicamentos cubiertos es de \$0. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 6 de este documento). A continuación, presentamos algunas situaciones en las que le recomendamos dar copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que gastó en medicamentos:
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando haga un copago por medicamentos que proporciona un programa de ayuda a pacientes de un fabricante de medicamentos.
 - En cualquier momento que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en momentos en los que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto debido a circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertos terceros y organizaciones también cuentan como gastos directos del bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se consideran dentro de sus gastos directos del bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba *Beneficios de Parte D* (“EOB de Parte D”) por correo, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llame

a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este material). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

CAPÍTULO 6:

*Cómo solicitarnos que paguemos
una factura que recibió por servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

SECCIÓN 1 Situaciones en las cuales nos debe solicitar que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le cobrarán directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos; no debería recibir una factura por estos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos que recibió, nos la debe enviar para que podamos pagarla. Cuando nos la envíe, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (esto se conoce normalmente como reembolso). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero cuando haya pagado servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos. Puede haber plazos que debe cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos cubrirlos, le devolveremos el dinero que gastó en los servicios o medicamentos. Envíenos su factura en un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o el medicamento.

También puede ocurrir que reciba una factura de un proveedor por el costo total de una atención médica que haya recibido o, posiblemente, por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en este documento.

Primero intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

A continuación, hay algunas situaciones en las que es posible que tenga que solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que haya recibido:

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea o no parte de nuestra red. En estos casos, solicite al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga toda la cantidad al momento de recibir la atención, solicítenos que le devolvamos el dinero. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor que solicita el pago de algo que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
 - Si al proveedor se le adeuda alguna cantidad, se la pagaremos directamente.
 - Si ya pagó el servicio, le devolveremos su dinero.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted cree que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan. Sin embargo, algunas veces cometen errores y le piden que pague los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, nos la debe enviar. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe solicitar que le devolvamos el dinero que pagó por los servicios cubiertos.

3. Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva (esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción incluso puede haber sido el año pasado).

Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan y tiene gastos directos del bolsillo por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos ese dinero. Tendrá que enviarnos el papeleo, como recibos y facturas, para encargarnos del reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando eso pase, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el pago. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5,

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 2.5 para ver la descripción de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva con usted su tarjeta de membresía en el plan

Si no lleva con usted su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita en ese momento, puede que tenga que pagar el costo total de la receta. Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el pago. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total por una receta en otras situaciones

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

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la “Lista de medicamentos” del plan; o podría tener un requisito o una restricción que no conocía o que pensaba que no le correspondía. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información sobre su médico para poder devolverle el dinero que gastó en el medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. Si decidimos cubrirlo, pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 8 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el pago o cómo pagar una factura que haya recibido

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable sacarles copias a la factura y los recibos para tenerlas en su registro.

Para asegurarse de que le estamos dando toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.thpmp.org/sco) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

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

Tufts Health Plan Senior Care Options
Claims Department
P.O. Box 518
Canton, MA 02021-1166

Solicitudes de pago de recetas de Parte D:

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

Solicitudes de pago de EyeMed:

First American Administrators
Con atención a: OON Claims
P.O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Revisamos para ver si debemos cubrir el servicio o el medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos alguna información adicional. De no ser así, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y sigue todas las reglas, le pagaremos el servicio o el medicamento. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no le reembolsemos el monto total que pagó (por ejemplo, si adquirió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio que pagó por el medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o si *no* siguió todas las reglas, no le pagaremos por la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos por los cuales no le estamos enviando el pago y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede hacer una apelación

Si cree que cometimos un error por rechazar su solicitud de pago o la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Presentar una apelación significa que nos está pidiendo cambiar la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. Este proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este documento.

CAPÍTULO 7:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y particularidades culturales como miembro del plan

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from members who require translation services. We can also give you information in braille, Spanish and other languages, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan has people available to answer questions from the disabled and members who require translation services, in multiple languages. We also offer free interpreter services and can give you the information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Civil Rights Coordinator (contact information can be found in Chapter 10, Section 5). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proveer la información en una forma que le resulte conveniente y sea compatible con sus particularidades culturales (en idiomas diferentes del inglés, en braille, en letra grande, otros formatos alternativos, etc.).

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos de diverso origen cultural o étnico. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle información en braille, español, con letra grande o en otros formatos alternativos sin costo para usted. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y apropiado. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Se requiere que nuestro plan brinde a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación donde no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan en un formato que le resulte accesible y apropiado, llame para presentar una queja ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles (puede encontrar la información de contacto en el Capítulo 10, Sección 5). También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019 o TTY: 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos tratarlo justamente y con respeto en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, religión, sexo, edad, discapacidad conductual o física, condición de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Tiene derecho a ser tratado con respeto y consideración a su dignidad. Según las reglas del plan, tiene derecho a no ser sometido a ningún tipo de restricción física o reclusión que se utilice como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.

Si desea obtener más información o si tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este material). Si tiene un reclamo, como, por ejemplo, un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

Sección 1.3 Tiene derecho a no ser víctima de maltrato, abandono y explotación

Tiene derecho a no ser víctima de maltrato, abandono y explotación. Las leyes federales y estatales protegen su salud y bienestar. Si cree que está experimentando una situación en la que sea víctima de maltrato, abandono o explotación, intencional o no, comuníquese con su gerente de atención, otro miembro de su Equipo de Atención Primaria o con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este material). Si cree que está experimentando un caso de maltrato, abandono o explotación y es una emergencia, llame al 911.

Sección 1.4 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a nuestros servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP/PCT) en la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de mujeres (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a obtener recetas surtidas o resurtidas en

cualquiera de las farmacias de nuestra red sin esperar demasiado. Como nuevo afiliado, tiene derecho a recibir acceso a los servicios acorde con el acceso que tenía anteriormente y se le permite retener a su proveedor actual por hasta 90 días si ese proveedor no está en nuestra red, o hasta que lo evalúen y se implemente un plan de atención, lo que ocurra primero.

Nuestro plan se esfuerza por cumplir las normas de acceso a la red especificadas en nuestro contrato con MassHealth para garantizar que usted reciba la atención que necesita en un plazo razonable. Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de Parte D dentro de un plazo razonable, consulte el Capítulo 8, el cual le indica lo que puede hacer.

Sección 1.5 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus historias clínicas y de su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud de acuerdo con lo dispuesto por estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la **información personal** que nos entregó cuando se inscribió en este plan, además de los registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso de su información de salud. Le enviaremos una notificación por escrito, llamada *Notificación de las Políticas de Privacidad*, en la que se informa sobre estos derechos y sobre cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que nadie sin autorización vea o cambie sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a alguien que no le esté proporcionando atención ni pagando por su atención, *primero debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Hay algunas excepciones en las que no es obligatorio que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o se exigen por ley.
 - Debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos entregarle su información de salud a Medicare, lo que incluye información sobre sus medicamentos recetados de Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, esto se hará según los estatutos y normativas

federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de forma única no se comparta.

Puede ver esta información en sus registros y saber cómo se comparte con otros

El Registro Centralizado del Beneficiario (CER) contiene una documentación centralizada y completa, que incluye información pertinente para la salud y el bienestar general de cada beneficiario, así como información clínica referente a enfermedades y afecciones crónicas.

La información contenida en el CER está disponible para los miembros, sus representantes autorizados y los proveedores a través de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este material).

Quienes no sean proveedores de tratamiento y soliciten información deben presentar una autorización por escrito por parte del miembro que permita la divulgación de la información médica.

Tiene derecho a ver su historia clínica que tiene el plan y obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o que hagamos correcciones en su historia clínica. Si nos solicita esto, lo veremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se comparte su información de salud con otros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

Sección 1.6 Debemos entregarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, tiene derecho a que le entreguemos varios tipos distintos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, póngase en contacto con Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Parte D.
- Están cubiertos los servicios de planificación familiar con cualquier proveedor de planificación familiar contratado. Puede elegir cualquier proveedor de nuestra red o un proveedor de MassHealth para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa que puede elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este material) si necesita ayuda para encontrar un proveedor de servicios de planificación familiar.
- **Información sobre por qué algo *no* está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 8 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 8 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

Sección 1.7 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar completamente en las decisiones sobre su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar una decisión con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, a continuación le detallamos sus derechos:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le indiquen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por el plan. Esto también incluye que le informen sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen todos los riesgos involucrados con su atención. Le deben informar con anticipación si alguna de las atenciones o tratamientos médicos propuestos son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **Derecho a decir que “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o cualquier otro centro médico, incluso si su médico aconseja lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda responsabilidad por lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre lo que se hará si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

Algunas veces las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones por sí mismas sobre atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que pase si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomarlas por usted mismo.
- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si es que se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones con anticipación en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas con distintos nombres. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder legal para el cuidado de la salud** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si quiere usar una directiva anticipada para dejar instrucciones, a continuación, le explicamos cómo hacerlo:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitarle un formulario de directiva anticipada a su abogado o a un trabajador social o puede obtenerlo en algunas tiendas de artículos de oficina. Algunas veces puede conseguir formularios de directiva anticipada en organizaciones que proporcionan a las personas información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entréguele copias a las personas correspondientes.** Debería entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo llevó al lugar.

- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, es su decisión si quiere llenar una directiva anticipada (incluso si quiere firmar una estando ya en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie le puede negar la atención ni discriminarlo por firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no han seguido estas instrucciones, puede presentar un reclamo ante Acentra Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts) llamando al 1-888-319-8452 (TTY: 711).

Sección 1.8 Tiene derecho a hacer reclamos y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, consulte el Capítulo 8 de este documento, el cual le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o hacer una queja), **debemos tratarlo de manera justa.**

Sección 1.9 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si no están respetando sus derechos?

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

Si cree que lo trataron injustamente o no se respetaron sus derechos por raza, discapacidad, religión, sexo, salud, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen étnico, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que lo trataron injustamente o no se respetaron sus derechos, *pero* esto *no* es por discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY: 1-877-486-2048).

- También puede llamar a **My Ombudsman**. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre la información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 6.

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares en los que puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (la publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

INFORME PARA LA RECUPERACIÓN DE LOS BIENES

MassHealth está obligado por ley federal a recuperar el dinero de los bienes de ciertos miembros de MassHealth de 55 años en adelante, y de los que tengan cualquier edad y estén recibiendo cuidados a largo plazo en una casa de reposo u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de los bienes con MassHealth, visite www.mass.gov/estaterecovery.

INFORME PARA LA RECUPERACIÓN DE LOS BIENES

MassHealth está obligado por ley federal a recuperar el dinero de los bienes de ciertos miembros de MassHealth de 55 años en adelante, y de los que tengan cualquier edad y estén recibiendo atención a largo plazo en un hogar para adultos mayores u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de los bienes con MassHealth, visite www.mass.gov/estaterecovery.

Lo que debe hacer como miembro del plan se indica a continuación. Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

- **Conozca sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta Evidencia de Cobertura para conocer lo que está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 ofrecen detalles sobre sus servicios médicos.

- Los Capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le indica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de la salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos recetados de Parte D.
- **Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores, proporciónese información, haga preguntas y haga seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acordó con sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan sobre los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe seguir pagando las primas de Medicare para mantenerse como miembro del plan.
 - Si debe pagar una cantidad adicional por Parte D debido a sus ingresos más elevados (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se va a mudar, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

SECCIÓN 3 Cómo lo ayudamos a recibir atención de calidad

Sección 3.1 Programa de gestión médica

Nuestro Programa de Gestión Médica (MM) ayuda a coordinar que los miembros reciban cuidado de la salud de calidad en un entorno de tratamiento adecuado. MM se refiere al proceso por el cual Tufts Health Plan o un proveedor de cuidado de la salud autoriza la cobertura de procedimientos o tratamientos de cuidado de la salud. Las decisiones de cobertura se basan en pautas de necesidad médica que utilizan las pautas de cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid), y en la adecuación de la atención, el servicio y el entorno.

Tiene derecho a una conversación honesta con un miembro de su Equipo de Atención Primaria sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.

El programa de gestión médica de Tufts Health Plan sigue todas las pautas de cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid).

CAPÍTULO 8:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los procesos para resolver problemas e inquietudes. El proceso que usa para resolver su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, necesita usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.
- Para otros problemas, necesita usar el proceso para hacer reclamos, también llamados quejas.

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

La Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado para utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué hay sobre los términos legales?

Hay términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son poco conocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples, en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente se utiliza el término hacer un reclamo en vez de presentar una queja; decisión de cobertura en vez de determinación integrada de la organización, determinación de cobertura o determinación de riesgo; y organización de revisión independiente en vez de Entidad de Revisión Independiente.
- También se usan abreviaturas, aunque la idea es hacerlo lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil y a veces muy importante para usted conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para abordar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse a servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

desea ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué procesos debería usar para abordar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, entregarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratis. Encontrará números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede recibir ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Método	MassHealth (Programa de Medicaid de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-800-841-2900 Horario de atención: Autoservicio disponible 24 horas al día en inglés y español. Otros servicios disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; servicios de intérprete disponibles. El horario de atención del Centro de Inscripción de MassHealth (MEC) es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	MassHealth Central Office 100 Hancock Street, 1st Floor Quincy, MA 02171

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Método	MassHealth (Programa de Medicaid de Massachusetts): información de contacto
SITIO WEB	www.mass.gov/topics/masshealth

My Ombudsman trabaja con el miembro, MassHealth (Medicaid) y cada plan de salud de MassHealth (Medicaid) para ayudar a resolver inquietudes y garantizar que los miembros reciban sus beneficios y ejerzan los derechos de su plan de salud. Pueden ayudarlo a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan.

Método	My Ombudsman: información de contacto
LLAME AL	1-855-781-9898 Disponible de 9:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes. Deje un mensaje en el sistema de buzón de voz seguro de My Ombudsman en cualquier momento.
Videoteléfono	1-339-224-6831
ESCRIBA A	My Ombudsman 25 Kingston Street 4 th Floor Boston, MA 02111 Correo electrónico: info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

El *Programa de Defensor de Derechos de Cuidados a Largo Plazo (LTC)* ayuda a que las personas reciban información sobre casas de reposo y a solucionar problemas entre las casas de reposo y los residentes o sus familias.

Método	Puente hacia la atención de calidad, el defensor de derechos de cuidados a largo plazo de Massachusetts: información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5th Floor Boston, MA 02109
SITIO WEB	www.mass.gov/service-details/ombudsman-programs

SECCIÓN 3 Comprensión de reclamos y apelaciones relacionados con Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de MassHealth (Medicaid). La información de este capítulo corresponde a **todos** sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). A veces se llama “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

No siempre se combinan los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid). En esas situaciones, se utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, *Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2*.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente información te ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o los reclamos relacionados con tus **beneficios cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid)**.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre la cobertura de atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de Parte B), la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Continúe en la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, “Guía sobre lo básico de decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo, **“Cómo hacer un reclamo sobre calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Guía sobre lo básico de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: perspectiva general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de Parte B, incluido el pago). Para simplificarlo, solemos referirnos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos recetados de Medicare Parte B con el término **atención médica**. Utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones cuando tiene problemas tales como si un servicio está cubierto o no, y la manera en que el servicio está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si la red del plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* indique claramente que el servicio derivado no está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a proveer atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud para una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomaremos una decisión de cobertura para usted siempre que decidamos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y no está de acuerdo, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación será gestionada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión inicial.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se conoce como apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo las reglas correctamente. Le comunicaremos nuestra decisión cuando hayamos concluido la revisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación para explicar por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si rechazamos toda o parcialmente su apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2, que lleva a cabo una organización de revisión independiente no relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para recibir atención médica, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- En la Sección 7 de este capítulo, puede encontrar más información sobre las apelaciones de Parte D.

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede avanzar a niveles adicionales de apelación (en la Sección 10 de este capítulo se explican los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo conseguir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o hace una apelación

Aquí encontrará recursos si opta por solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratis** de su Programa de Asistencia sobre Seguros Médicos de Massachusetts.
- **Su médico u otro proveedor de cuidado de la salud pueden hacer una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Designación de representante para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*. (este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.tuftsmedicarepreferred.org/forms).
- En cuanto a la atención médica, su médico u otro proveedor de cuidado de la salud pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, automáticamente será enviada al Nivel 2.
- Si su médico u otro proveedor de salud solicitan que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible** que necesite designar a su médico o a otro prescriptor como su representante para que actúe en su nombre.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para medicamentos recetados de Parte D, su médico u otro prescriptor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico o prescriptor pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Designación de representante para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.tuftsmedicarepreferred.org/forms). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar o concluir nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explique su derecho a pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados de la localidad o de otros servicios de derivaciones. También hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratis si cumple los requisitos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo ofrece detalles sobre su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, ofrecemos los detalles de cada una en secciones separadas:

- **Sección 6** de este capítulo, Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo, Sus medicamentos recetados de Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Sección 8** de este capítulo, Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente internado más prolongada si cree que el médico le dará de alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo, Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le paguemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección, se presentan sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de Parte B. En estos casos, explicaremos cómo las reglas para medicamentos recetados de Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desean ofrecerle y que usted cree que está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debe cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y quiere solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**

5. Se le comunica que la cobertura para cierta atención médica que ha obtenido (y que aprobamos previamente) se reducirá o cancelará y usted cree que reducir o cancelar esta atención podría afectar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se cancelará es para los servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de CORF, debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se conoce como una **determinación de la organización**.

Una decisión rápida de cobertura se llama **determinación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Por lo general, se toma una decisión estándar de cobertura en un plazo de 14 días calendario o de 72 horas para los medicamentos de Parte B. Por lo general, una decisión rápida de cobertura se toma en un plazo de 72 horas para los servicios médicos y de 24 horas para los medicamentos de Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo* puede solicitar cobertura para los artículos o los servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya se recibieron).
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar pudiera *causar daño grave a su salud o dañar su capacidad de funcionamiento*.
- Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos darle una decisión rápida de cobertura.
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico, decidiremos si su salud requiere que le entreguemos una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Explica que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
- Explica que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos u ofrezcamos cobertura para la atención médica que desea. Esto pueden hacerlo usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para una decisión estándar de cobertura, utilizamos los plazos estándares. Esto significa que le brindaremos una respuesta dentro de 14 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud por un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, le comunicaremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o un servicio médico. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión (el proceso para hacer un reclamo es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones rápidas de cobertura, utilizamos un período breve.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es por un artículo o un servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (para obtener más información sobre los reclamos, consulte la Sección 11 de este capítulo). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión.

Paso 4: Si damos una respuesta desfavorable a su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

- Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a hacer una solicitud para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que avanza al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan relacionada con una decisión de cobertura de atención médica se conoce como **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se llama **reconsideración acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, su médico o usted tendrán que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, se la otorgaremos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura, que se indican en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- Si está solicitando una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la notificación escrita en la que te enviamos nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación está retrasada cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia gratis de la información sobre su decisión médica.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación tanto en persona como por escrito.

Si le dijimos que íbamos a cancelar o a reducir servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o cancelar la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos una notificación antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del matasellos de nuestra carta o en la fecha prevista de entrada en vigor de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios, mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También continuará recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando analizamos su apelación, volvemos a revisar cuidadosamente toda la información. Revisamos para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si no le comunicamos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido si tomamos días adicionales), automáticamente debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le comunicaremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.
- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o un servicio médico. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si cree que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas (para obtener más información sobre el proceso para hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de **30 días calendario** o **de 7 días calendario** después de recibir su apelación si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
 - Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le dirá que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
 - Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), en la carta se le dirá cómo puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente contratada por **Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que normalmente está **cubierto por Medicare**, automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o un artículo que normalmente está **cubierto por MassHealth (Medicaid)**, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
- Si su problema está relacionado con un servicio o un artículo que podría estar **cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid)**, automáticamente recibirá una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede pedir una Audiencia Imparcial con el estado.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si calificó para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, también pueden continuar sus beneficios por el servicio, el artículo o el medicamento en apelación durante el Nivel 2. Consulte las páginas 182 a 183 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es acerca de un servicio que normalmente solo está cubierto por Medicare, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema es acerca de un servicio que normalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema es acerca de un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **archivo de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia gratis de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe brindarle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que haya recibido la apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe brindarle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de que haya recibido la apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

revisión debe comunicarle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde que recibe su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le comunica su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará cuáles fueron los motivos.

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud por un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud por un medicamento recetado de Medicare Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Parte B **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o **en un plazo de 24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de esta organización es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con el siguiente propósito:
 - Explicar su decisión.
 - Notificarle el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado mínimo. La notificación por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar el proceso de apelaciones.
 - Indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en la notificación escrita que recibe después de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje. La **Sección 10** de este capítulo explica el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es acerca de un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre:**Paso 1: Puede solicitar una audiencia imparcial con el Estado. Para los miembros de SCO Medi únicamente, este es el único paso para el siguiente nivel de apelación.**

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que generalmente cubre MassHealth (Medicaid) es una audiencia imparcial con el Estado. Debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en la que enviamos la carta de decisión de su apelación de Nivel 1. Le enviaremos una carta en la que le indicaremos dónde presentar su solicitud de audiencia.
- Si decide solicitar una apelación externa, debe enviar su solicitud de audiencia por escrito a la Junta de Audiencias en un plazo de 120 días calendario desde la fecha de envío de la notificación de rechazo de Tufts Health Plan Senior Care Options. El Departamento de Apelaciones y Quejas de Tufts Health Plan Senior Care Options puede ayudarlo con este proceso. Las solicitudes de audiencia se deben enviar a:

Executive Office of Health and Human Services

Board of Hearings

Office of Medicaid

100 Hancock Street, 6th floor

Quincy, MA 02171

O enviar un fax al 1-617-847-1204

- Cuando presente una apelación ante la Junta de Audiencias, les enviaremos la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Junta de Audiencias para respaldar su apelación.
- En la audiencia, puede representarse a sí mismo o delegar en un representante autorizado, o ser representado por un abogado u otro representante a su cuenta. Puede comunicarse con un servicio jurídico local o con una agencia comunitaria para recibir asesoramiento o representación sin costo.

Paso 2: La oficina de la Audiencia Imparcial le dará una respuesta.

La oficina de la Audiencia Imparcial le dirá por escrito lo que decidió y le explicará los motivos correspondientes.

- **Si la respuesta de la oficina de la Audiencia Imparcial es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la oficina de la Audiencia Imparcial.
- **Si la respuesta de la oficina de la Audiencia Imparcial es desfavorable a parte o a la totalidad de la apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica (esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar la apelación**).

Si la decisión es desfavorable para una parte o la totalidad de lo que he solicitado, ¿puedo apelar de nuevo?

Si la decisión de la organización de revisión independiente o de la oficina de la Audiencia Imparcial es desfavorable para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

En la carta que recibirá de la oficina de la Audiencia Imparcial se le explicará la opción de apelación que sigue.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2, consulte la **Sección 10** de este capítulo.

Sección 6.5 ¿Qué ocurre si nos solicita que le hagamos una devolución del dinero que pagó por una factura que recibió por atención médica?

Nota: Es posible que la siguiente sección no corresponda a su caso. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene gastos directos del bolsillo para los servicios cubiertos.

Si ya pagó por un servicio o un artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (esto se conoce normalmente como reembolso). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero cuando haya pagado servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos cubrirlos, le devolveremos el dinero que gastó en los servicios o medicamentos.

Solicitar el reembolso significa solicitar que tomemos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que ha pagado es un servicio cubierto. También revisaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

Si desea que le hagamos un reembolso por un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que le paguemos a un proveedor de cuidado de la salud por un servicio o artículo de Medicaid que usted haya pagado, significa que nos solicita que tomemos una decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que ha pagado es un servicio cubierto. También revisaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por el costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no superior a 60 días calendario, después de que hayamos recibido su solicitud.
- **Si no aceptamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta y usted *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos por los servicios y cuáles fueron los motivos.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando cambiar la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 6.3. Para las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación. Si nos está solicitando el pago de una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es favorable en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor de cuidado de la salud en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta sección se informa sobre qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de Parte D o si quiere que le paguemos por un medicamento de Parte D que usted pagó

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para la cobertura, el medicamento se debe usar por una indicación médicamente aceptada (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, solo se presentarán sus medicamentos de Parte D.** Para simplificarlo, solemos utilizar el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de siempre repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes externos* o *medicamento de Parte D*. También usaremos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir como está indicada, la farmacia le dará una notificación por escrito que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de Parte D

Término legal
Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de Parte D se denomina determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar cubrir un medicamento de Parte D que no esté dentro de la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Solicitar que se exima una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, la autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicítarnos el pago. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos generalmente se conoce como solicitar una **excepción del formulario**.

Solicitar el retiro de una restricción de cobertura para un medicamento generalmente se conoce como solicitar una **excepción del formulario**.

Solicitar el pago de un precio menor por un medicamento no preferido cubierto generalmente se conoce como solicitar una **excepción del nivel**.

Si un medicamento no tiene la cobertura que desearía que tuviera, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro prescriptor tendrán que explicar los motivos médicos para necesitar la aprobación de la excepción. A continuación, hay dos ejemplos de excepciones que nos pueden solicitar usted, su médico u otro prescriptor:

1. **Cobertura de un medicamento de Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.**
2. **Retiro de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Datos importantes que debe conocer cuando solicite excepciones

Su médico nos debe informar los motivos médicos

Su médico u otro prescriptor deben darnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas distintas posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo sería igual de eficaz que un medicamento que está solicitando y no generaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, normalmente **no** aprobaríamos su solicitud para una excepción.

Podemos aceptar o no aceptar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto sucede siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a su solicitud, puede pedir otra revisión con una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión rápida de cobertura se llama una determinación acelerada de cobertura .

Paso 1: decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Las decisiones estándar de cobertura se toman en un plazo de **72 horas** después de que hayamos recibido la declaración del médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de que hayamos recibido la declaración del médico.

Si su salud lo requiere, pida que tomemos una decisión rápida de cobertura. Para optar a una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Su solicitud debe ser por un *medicamento que aún no ha recibido* (no puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que se le devuelva el dinero por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar pudiera *causar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico u otro prescriptor nos informan que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, se la otorgaremos automáticamente.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico o prescriptor, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro prescriptor solicitan la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
 - Le informa cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su reclamo en un plazo de 24 horas a partir de su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos u ofrezcamos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluso una solicitud enviada mediante el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web, www.thpmp.org/sco. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Esto pueden hacerlo usted, su médico (u otro prescriptor) o su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo darle un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro prescriptor pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien su médico u otro prescriptor pueden explicarnos por teléfono y enviar por fax o correo una declaración escrita si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir la solicitud.
 - En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proveer la cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de haber recibido su apelación o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y además se le indicará cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y además se le indicará cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, tenemos, además, la obligación de pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y además se le indicará cómo puede apelar.

Paso 4: Si damos una respuesta desfavorable a su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a hacer una solicitud para obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que avanza al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal

Una apelación al plan relacionada con una decisión de cobertura de un medicamento de Parte D se conoce como **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se conoce como **redeterminación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro prescriptor 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 se indican en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro prescriptor deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si alguien que no es su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de Representante que autorice a esta persona a representarlo. Si su médico u otro prescriptor solicitan que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que necesite nombrar a su médico o a otro prescriptor como su representante para que actúe en su nombre. (Para obtener el formulario, llame a Servicios para Miembros [los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto] y solicite el formulario de *Designación de representante de Medicare para los CMS*. También está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explique su derecho a pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-855-670-5934.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluso una solicitud enviada mediante el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web, www.thpmp.org/sco. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la notificación escrita en la que te enviamos nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación está retrasada cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando analizamos su apelación, volvemos a revisar bien toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro prescriptor para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, tenemos, además, la obligación de pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.

- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos esa decisión y además se le indicará cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación es desfavorable, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación avanza al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente contratada por **Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitarle una revisión de su caso.

- Si nuestra respuesta a su apelación de Nivel 1 es desfavorable, la notificación por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, los plazos que debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **en riesgo** según nuestro programa de gestión de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **archivo de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para las apelaciones rápidas

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que haya recibido la solicitud de apelación.

Plazos para las apelaciones estándares

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si nos está solicitando que le devolvamos dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le brinda su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización.

Para apelaciones estándares:

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización.
- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la respuesta de esta organización es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud o parte de su

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

solicitud (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con el siguiente propósito:

- Explicar su decisión.
- Notificarle el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, la información detallada sobre cómo hacer esto se encuentra en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje. La **Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente internado más prolongada si cree que el médico le dará de alta demasiado pronto

Si lo ingresan en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que lo den de alta del hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que lo den de alta.

- El día que deja el hospital se denomina **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le darán el alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente internado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Dentro de los dos días calendario siguientes a su hospitalización, le entregarán una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación.

Si no recibe la notificación de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY: 1-877-486-2048).

- 1. Lea esta notificación detenidamente y pregunte si no entiende algo.** En ella le dirán:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho de conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
 - Su derecho a estar involucrado en todas las decisiones sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que pueda tener sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta, de manera que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.
- 2. Debe firmar la notificación escrita para indicar que la recibió y entendió sus derechos.**
 - Usted o alguien que actúa en su representación deben firmar la notificación
 - Firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que acepta una fecha de alta.
- 3. Guarde su copia** de la notificación para tener al alcance la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud relacionada con la calidad de la atención) si la necesita.
 - Si firma la notificación con más de dos días calendario de antelación a la fecha de alta, le darán otra copia antes de que se programe el alta.
 - Para ver una copia de esta notificación con anticipación, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver esta notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos prolongar la cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.**
- **Cumplir los plazos.**
- **Pedir ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) de Massachusetts, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, acrónimo de Serving the Health Insurance Needs of Everyone (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos). Encontrará la dirección y el número de teléfono de SHINE en el Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación. Revisará si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para personas que pertenecen a Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts y solicita una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar una apelación, se debe comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital, **a más tardar la medianoche de la fecha de alta.**

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta **sin pagar por ello** mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros**. Si decide permanecer hospitalizado después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que recibe después de la fecha de alta planificada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos pongamos en contacto con usted, le entregaremos una **Notificación de alta detallada**. En esta notificación se indica su fecha de alta planificada y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener un ejemplo de la **Notificación de alta detallada** con solo llamar a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo de esta notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte con la fecha de alta planificada. Esta notificación también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo a partir del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tenga toda la información necesaria, le darán la respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es favorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión es favorable, **debemos seguir proporcionando los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados, siempre y cuando sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué ocurre si la respuesta es desfavorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión es desfavorable, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **terminará nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados** al mediodía del día **después** de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado su respuesta a la apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es desfavorable y usted decide permanecer en el hospital, **tendrá que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a la apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación es *negativa*, y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere su decisión durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 2, usted tendrá que pagar el costo total por su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en la cual la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya rechazado su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.*Si la respuesta de la organización de revisión es favorable:*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando la cobertura de su atención hospitalaria para pacientes internados mientras sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es desfavorable:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, la información detallada sobre cómo hacer esto se encuentra en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje. La **Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 9.1 En esta sección, se tratan solo tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un CORF

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, cuidado de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios para ese tipo de atención en la medida que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar** su atención.

Si cree que terminaremos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal

Notificación de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura sobre cuándo terminar su atención.

1. **Recibirá una notificación por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. La notificación le dice:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.

2. **Usted, o alguien que actúe en su nombre, debe firmar la notificación escrita para indicar que la recibió.** Firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre cuándo se terminará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de terminar la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra la atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.**
- **Cumplir los plazos.**
- **Pedir ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) de Massachusetts, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, acrónimo de Serving the Health Insurance Needs of Everyone (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos). Encontrará la dirección y el número de teléfono de SHINE en el Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación. Ella determina si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presenta su apelación de Nivel 1. Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación por vía rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Notificación de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts en el Capítulo 2.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** de la Notificación de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, es posible que siga teniendo derechos para presentar la apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Notificación en la que se detallan los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya dado.
- Finalmente, los revisores nos informarán sobre su apelación y le entregaremos la **Explicación detallada de no cobertura** para explicarle en detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores la aceptan?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué ocurre si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la rechazan, **su cobertura terminará en la fecha que le comunicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) **después** de la fecha en que termine su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a la apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que la cobertura de su atención haya terminado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra la atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura.

Paso 1: Comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en la cual la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Podría solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que terminó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué ocurre si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También le indicará los detalles sobre cómo pasar al nivel siguiente de apelación, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador.

Paso 4: si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a un Nivel 3 de apelación, la información detallada sobre cómo hacer esto se encuentra en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje. La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a Nivel 3 y superior

Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el cual apeló cumple ciertos niveles mínimos, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará como presentar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez de Derecho Administrativo o un juez mediador que trabaja para el Gobierno federal revisarán la apelación y le brindarán una respuesta.
-----------------------------	---

- **Si el juez de Derecho Administrativo o abogado de arbitraje acepta su apelación, es posible que el proceso de apelaciones llegue o no a su fin.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar con respecto a una decisión de Nivel 3 que es favorable para usted. Si decidimos apelar, lo haremos en el Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañan. Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez de Derecho Administrativo o juez mediador rechazan su apelación, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es favorable o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* finalizar o *no*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar con respecto a una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted. Decidiremos si llevaremos esta apelación a Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindar la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es desfavorable o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *podría* finalizar o *no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no quiere aceptar la decisión, quizás pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que recibirá le informará si las reglas permiten que pase a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que MassHealth Standard (Medicaid) generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de la Audiencia Imparcial le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 6.4 (página 187).

Sección 10.3 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor del medicamento por el cual apeló es de cierta cantidad en dólares, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no podrá seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién puede comunicarse y qué puede hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de **Derecho Administrativo** o un juez mediador que trabaja para el Gobierno federal revisarán la apelación y le brindarán la respuesta.

- Si la respuesta es favorable, el proceso de apelaciones llega a su fin. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de Derecho Administrativo o juez mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si la respuesta es desfavorable, el proceso de apelaciones *podría* finalizar o *no*.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.
-----------------------------	--

- Si la respuesta es favorable, el proceso de apelaciones llega a su fin. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por el Consejo en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- Si la respuesta es desfavorable, es posible que el proceso de apelaciones llegue o no a su fin.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, quizás pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, la notificación le dirá si las reglas le permiten que continúe con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer seguidamente si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.
-----------------------------	---

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

SECCIÓN 11 Cómo hacer un reclamo sobre calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas resuelve el proceso de reclamo?

El proceso de reclamo es *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. A continuación, hay algunos ejemplos de problemas solucionados por el proceso de reclamo.

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en un hospital)?
Respeto por su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicios para Miembros? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla? • ¿Lo han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? • ¿O nuestro Servicios para Miembros u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o para conseguir una receta.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio de un médico?
Información que le entregamos	• ¿No le hemos dado la notificación requerida? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relativas a las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos con la suficiente prontitud, puede hacer un reclamo sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, y la rechazamos; puede hacer un reclamo. • Considera que no cumplimos los plazos de las decisiones de cobertura o apelaciones; puede hacer un reclamo.

Reclamo	Ejemplo
	• Considera que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios o artículos médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede hacer un reclamo. • Considera que no hemos cumplido los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede hacer un reclamo.

Sección 11.2 Cómo hacer un reclamo

Términos legales
• Un reclamo también se conoce como queja. • Presentar un reclamo también se conoce como presentar una queja. • Usar el proceso de reclamos también se conoce como usar el proceso para presentar una queja. • Un reclamo rápido también se conoce como queja acelerada.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo hacer un reclamo

Paso 1: Se comunica con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o llamó y no se sintió satisfecho), puede escribir su reclamo y enviárnoslo.** Si escribe su reclamo, responderemos a su reclamo por escrito.
- Puede presentar una queja en cualquier momento. Puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros al 1-855-670-5934 (TTY: 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. También puede presentar una queja por escrito si la envía por correo a: Tufts Health Plan Senior Care Options. A la atención de: Appeals & Grievances Department, P.O. Box 474,

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Canton, MA 02021-1166. También puede enviarla por fax al: 1-617-972-9516. Puede agregar más información que respalde su reclamo tanto en persona como por escrito.

Acusaremos recibo de su queja una vez que la recibamos.

- También tiene derecho a presentar una queja acelerada que podría incluir un reclamo sobre el rechazo de Tufts Health Plan Senior Care Options de acelerar una determinación de la organización, determinación de cobertura, reconsideración o redeterminación, o solicitar una extensión del plazo para una determinación de la organización o reconsideración. El plazo para que Tufts Health Plan Senior Care Options responda es de 24 horas desde la recepción de su reclamo.
- **Ya sea que nos llame o escriba, debe comunicarse de inmediato con Servicios para Miembros.** Puede hacer el reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema por el cual quiere reclamar.

Paso 2: Revisamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **Se responde a la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso lo beneficia o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud por una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, le otorgaremos automáticamente un reclamo rápido.** Si tiene un reclamo rápido, significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su reclamo o no nos hacemos responsables del problema por el cual está reclamando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 11.4 También puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su reclamo está relacionado con la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede hacer su reclamo directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal para

controlar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare.
El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O bien

- **Puede hacer su reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informar a Medicare y MassHealth (Medicaid) sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048

Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Senior Care Options en cualquier momento directamente ante MassHealth (Medicaid). Puede hacerlo llamando al Centro de Servicios para Miembros de MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Sección 11.6 Reclamos relacionados con la paridad de salud conductual

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención administrada, que incluye a Tufts Health Plan Senior Care Options, proporcionen servicios de salud conductual a miembros de MassHealth Standard (Medicaid) en la misma manera en que proporcionan servicios de salud física. Esto es lo que se conoce como “paridad”. En general, esto significa que:

1. Tufts Health Plan Senior Care Options debe proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud conductual y trastorno por consumo de sustancias que pueda tener como para otros problemas físicos que pueda tener;
2. Tufts Health Plan Senior Care Options debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento que sean similares para servicios de salud conductual y de trastorno por consumo de sustancias, así como para los servicios de salud física;
3. Tufts Health Plan Senior Care Options debe proporcionarle a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica usados por Tufts Health Plan Senior Care Options para la autorización previa al recibir su solicitud o la de su proveedor; y
4. Tufts Health Plan Senior Care Options también debe proporcionarle en un plazo razonable el motivo del rechazo de autorización de servicios de salud conductual o de trastorno por consumo de sustancias.

Si cree que Tufts Health Plan Senior Care Options no proporciona paridad como se explicó anteriormente, tiene derecho a presentar una queja ante Tufts Health Plan Senior Care Options. Para obtener más información sobre quejas y cómo presentarlas, revise la sección anterior de este capítulo sobre cómo hacer un reclamo.

SECCIÓN 12 Denuncia de fraude, derroche o uso indebido

Sección 12.1 ¿Qué es fraude, derroche y uso indebido?

Fraude, derroche y uso indebido son los términos utilizados para describir los casos en los que la conducta de un proveedor o miembro hace que Tufts Health Plan Senior Care Options o el gobierno federal o estatal realicen un pago injustificado o innecesario.

- **Fraude:** Describe cualquier tipo de tergiversación intencionada realizada con el propósito de provocar un pago injustificado.
- **Derroche:** Describe los casos en los que las acciones de un proveedor o miembro provocan un uso innecesario de los recursos de atención médica. El derroche no es a propósito.
- **Uso indebido:** describe otras acciones que dan como resultado un costo excesivo o pagos por servicios que no son médicamente necesarios o que no son el estándar de atención aceptado.

Sección 12.2 Línea directa de fraude, derroche y uso indebido

¿Le han ofrecido alguna vez servicios o suministros médicos gratis a cambio de su número de Medicare? ¿Le han cobrado más de una vez por el mismo servicio o le han cobrado por servicios, equipos o suministros que no ha recibido? Esperemos que no, pero si alguna vez le ocurre algo así, Tufts Health Plan tiene una línea directa para que los miembros informen sus inquietudes sobre un posible fraude en el cuidado de la salud. La línea directa se estableció para ayudar a los miembros de Tufts Health Plan que tengan preguntas, inquietudes o reclamos relacionados con una posible actividad de derroche, fraude o uso indebido.

Puede llamar a la Línea Directa de Fraude de Tufts Health Plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-824-7123 (TTY: 711). Cualquier llamada que haga a la línea directa no será grabada. La información que proporcione se enviará en un plazo de un día hábil al departamento de Cumplimiento Corporativo de Tufts Health Plan para atender sus inquietudes.

Puede elegir identificarse o permanecer en el anonimato. Nuestra política es preservar el anonimato de las personas que llaman a la línea directa, de acuerdo con los límites impuestos por la ley. En algunos casos, estamos obligados por ley a denunciar ciertos tipos de delitos e infracciones

Capítulo 8 Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

potenciales a agencias externas. Comprenda que informar de cualquier inquietud o reclamo no afectará de ninguna manera su derecho a la cobertura y a los servicios de cuidado de la salud.

El fraude y el uso indebido en el cuidado de la salud afectan a todos, ya que contribuyen al aumento en los costos. Usted puede desempeñar un papel activo en mantener bajos sus costos de cuidado de la salud denunciando cualquier práctica fraudulenta potencial a la Línea Directa de Fraude de Tufts Health Plan.

CAPÍTULO 9:

Fin de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de la membresía en nuestro plan

Finalizar su membresía en Tufts Health Plan Senior Care Options puede ser algo **voluntario** (por decisión propia) o **involuntario** (no es su decisión):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de la membresía.
- Hay también situaciones limitadas en que no elige abandonar el plan, pero en que estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su membresía porque es beneficiario de Medicare y MassHealth (Medicaid)

- La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos períodos del año. Como usted tiene MassHealth (Medicaid), puede terminar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También puede inscribirse en alguno de los siguientes planes de Medicare en cualquier mes del año:
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Original Medicare *sin* inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (si opta por esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática); o
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que le provea sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un único plan.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con MassOptions para conocer más sobre las opciones de planes de MassHealth (Medicaid) (los números de teléfono se indican en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

- Existen otras opciones de planes de salud de Medicare durante el periodo de inscripción anual. La Sección 2.2 le proporciona más información sobre el período de inscripción anual.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía normalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar de plan. Su inscripción en un nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual

Puede finalizar su afiliación durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el “período de inscripción abierta anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el siguiente año.

- El **período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - O bien, Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más seguidos sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo, y para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a Parte A y Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o posterior a que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, también podría ser elegible para finalizar su membresía en otros períodos del año. Esto se conoce como un **período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Normalmente, cuando se muda.
- Si tiene MassHealth (Medicaid).
- Si es elegible para el programa “Extra Help” con pago por sus recetas de Medicare.
- Si infringimos nuestro contrato con usted.

- Si recibe atención en una institución, como una casa de reposo u hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).
- **Nota: Si está en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.** El Capítulo 5, Sección 10 le ofrece más información sobre los programas de gestión de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más seguidos sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

Su membresía normalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 dan más información sobre el período de inscripción especial para las personas con MassHealth Standard (Medicaid) y “Extra Help”.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare y usted 2025*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience la cobertura del plan nuevo.
• Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience la cobertura del plan nuevo.
• Original Medicare <i>sin</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare ◦ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos	• Envíe una solicitud por escrito para cancelar su inscripción Póngase en contacto con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si desea cambiarse de nuestro plan a: Esto es lo que debe hacer:

- que usted haya rechazado la inscripción automática.
- Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más seguidos sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- Se cancelará su inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más seguidos sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), comuníquese con MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. El horario de atención del MassHealth Enrollment Center (MEC) es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía en Tufts Health Plan Senior Care Options, y comience su nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid), debe continuar recibiendo los artículos y los servicios médicos y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Continúe utilizando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.

- Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Tufts Health Plan Senior Care Options debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?
--

Tufts Health Plan Senior Care Options debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no es beneficiario de Medicare Parte A o Parte B.
- Si ya no es elegible para MassHealth Standard (Medicaid). Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está dirigido a personas elegibles tanto para Medicare como para MassHealth Standard (Medicaid). Si pierde su elegibilidad para los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), Tufts Health Plan Senior Care Options seguirá proporcionando atención durante el tiempo en que sea razonablemente probable que recupere la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) en un plazo de un mes. Continuaremos su membresía durante el resto del mes en que recibamos notificación de MassHealth (Medicaid) sobre su pérdida de elegibilidad, junto con un mes calendario adicional. Si recupera la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) durante este período, no finalizaremos su membresía.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados. **Nota:** Los miembros que tienen otro seguro médico integral que no sea Medicare no son elegibles para SCO, sin importar si mienten al respecto o no.
- Si nos entrega información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).

- Si se comporta continuamente de una manera problemática que nos dificulta proporcionarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía debido a este motivo, Medicare podría solicitar que el Inspector General investigue su caso.
- Si se le exige pagar la cantidad adicional de Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede conseguir más información?

Si tiene alguna pregunta o si le gustaría obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Tufts Health Plan Senior Care Options no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a hacer un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 10:

Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Notificación sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas al amparo de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Notificación sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad conductual o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o si tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como, por ejemplo, un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Notificación sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las normativas de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (42 CFR), Tufts Health Plan Senior Care Options, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá

los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las normativas de los CMS en las subpartes B hasta D de la parte 411 de 42 CFR, y los reglamentos establecidos en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Notificación sobre la relación entre Tufts Health Plan Senior Care Options y los proveedores

Tufts Health Plan Senior Care Options proporciona cobertura para servicios de cuidado de la salud. Tufts Health Plan Senior Care Options no proporciona servicios de cuidado de la salud. Tufts Health Plan Senior Care Options sostiene acuerdos contractuales con proveedores que ejercen en centros y consultorios privados a lo largo del área de servicio. Estos proveedores son independientes. No son empleados ni representantes de Tufts Health Plan Senior Care Options. Los proveedores no están autorizados a cambiar esta *Evidencia de Cobertura* o suponer o crear alguna obligación para Tufts Health Plan Senior Care Options que contradiga esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Notificación sobre el Artículo 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio

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

Tufts Health Plan:

- Entrega ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratis para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal a:

Tufts Health Plan, Attention:

Civil Rights Coordinator, Legal Dept.

1 Wellness Way

Canton, MA 02021

Número de teléfono: 1-888-880-8699, ext. 48000

Número TTY: 1-800-439-2370 o 711

Español: 1-866-930-9252

Fax: 1-617-972-9048

Correo electrónico: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar una queja tanto en persona como por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles de Tufts Health Plan está a su disposición para brindarle asistencia.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building,

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

CAPÍTULO 11:

Definiciones de palabras importantes

Nota: Las referencias al costo compartido en las definiciones que figuran a continuación no se aplican a los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene gastos directos del bolsillo para los servicios cubiertos.

Apelación: una apelación es una medida que usted debe tomar si está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud, medicamentos recetados o pago por servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse a un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, también es generalmente el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) ofrecidos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de cuidado de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar enfermeras registradas o un médico.

Autorización previa: aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de salud a domicilio: una persona que provee servicios para los que no se necesitan las habilidades de una enfermera certificada o terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por productos biológicos originales en la farmacia sin necesidad de tener una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Biosimilar Intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar o cancelación de inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad estándar por la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionado con ingresos, también conocida como IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional a su prima. **Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.**

Cantidad máxima: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Se puede limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de ofrecer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estadía esperada no excede las 24 horas.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patologías del habla-lenguaje y de evaluación del entorno doméstico.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare pueden, generalmente, conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse después en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, sustancias biológicas y algunos suministros ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC): un empleado del Punto de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP) que se certificó y que reúne los requisitos para participar en un Equipo de Atención Primaria (PCT).

Costos compartidos: se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier cantidad de deducible que puede imponer un plan antes de que cubra servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de “copago” que exige un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de “coaseguro”, es decir, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o

medicamento que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

Cuidado de relevo: el cuidado de relevo es cuidado personal provisto en una casa de reposo, hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializada ni cuidado de enfermería especializada. El cuidado de relevo, proporcionado por personas que no tienen capacitación o habilidades profesionales, incluye ayuda para las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, levantarse o acostarse, sentarse o levantarse de una silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas son capaces de hacer por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de relevo. El cuidado de relevo está cubierto por MassHealth Standard (Medicaid).

Determinación de cobertura: decisión acerca de si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, de haberla, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le indica que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “**decisiones de cobertura**” en este documento.

Determinación integrada de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto tiene que pagar usted por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se conocen como “decisiones de cobertura” en este documento.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid mediante un único plan de salud para determinados grupos de personas elegibles tanto para Medicare y Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de las funciones de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.

Equipo de Atención Primaria (PCT): el equipo incluye al gerente de atención del miembro, médico de atención primaria, especialistas y otro personal de apoyo, quienes trabajan juntos para coordinar y proporcionar la atención médica, atención de salud conductual y servicios comunitarios de apoyo del miembro.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico indicado por su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Estadía hospitalaria como paciente internado: una estadía en el hospital cuando lo ingresan formalmente para servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un “paciente externo”.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, qué debe hacer, sus derechos y qué debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, de ser aprobado, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel menor de costos compartidos (una excepción del nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que pide, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y desea que los eximamos de la restricción o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que pide (una excepción del formulario).

Extra Help: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar costos de medicamentos de venta con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan y en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos directos del bolsillo: consulte la definición anterior de costos compartidos. El requisito de costos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gastos directos del bolsillo del miembro. Los miembros de SCO no pagan por los servicios cubiertos.

Hospicio: beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de

vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de hospicio en su área geográfica. Si elige recibir cuidados de hospicio y continúa pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, al igual que los beneficios complementarios que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tengan discapacidad, ceguera o 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

MassHealth Standard (Medicaid) (o Medical Assistance): programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales (Medicaid) varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si usted cumple los requisitos de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) que garantiza que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por Parte D. Podríamos ofrecer o no ofrecer todos los medicamentos de Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de Parte D.

Medicare: el programa de seguro médico federal para las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante renal).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con MassHealth Standard (Medicaid) y Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los CMS.

Monto del gasto máximo directo del bolsillo: lo máximo que usted paga directo del bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de Parte A y Parte B. Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B, a menos que MassHealth (Medicaid) u otro tercero pague por usted la prima de Parte B. Las cantidades que paga por las primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B y por los medicamentos recetados no se incluyen en su monto del gasto máximo directo del bolsillo. Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de MassHealth (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este monto de gasto máximo directo del bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre el monto del desembolso máximo. Nota: Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

Multa por inscripción tardía en Parte D: cantidad agregada a su prima mensual de cobertura de medicamentos de Medicare si usted pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) después de que sea elegible por primera vez para afiliarse a un plan de Parte D. Si pierde la Extra Help, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más en forma consecutiva sin Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento que figura en la lista de medicamentos cubiertos está en un nivel de costos compartidos. Los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options no son responsables de los costos compartidos de medicamentos cubiertos.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de cantidades establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Puede atenderse con cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su

parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todos los estados de los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período de beneficio: La forma en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de cobertura catastrófica: período en el beneficio de medicamentos de Parte D que comienza cuando ha gastado \$6,350 en medicamentos cubiertos de Parte D, o lo han hecho terceros calificados en su nombre, durante el año de cobertura. Durante este período de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, que incluye el mes en que cumple esa edad, y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con elegibilidad doble: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y de MassHealth (Medicaid).

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que aceptaron tratar a miembros del plan a cambio del pago de una cantidad especificada. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios, ya sea que los proporcionen

proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro generalmente serán más altos cuando proveedores fuera de la red proporcionen los beneficios del plan. Los planes de PPO tienen un límite anual en sus gastos directos del bolsillo para servicios que reciba de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en sus gastos directos del bolsillo combinados totales para servicios de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos). Los miembros de SCO no pagan por los servicios cubiertos.

Plan de PACE: un plan PACE combina los servicios médicos, sociales y de cuidados a largo plazo (LTC) para personas frágiles con el objeto de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en vez de mudarse a una casa de reposo) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y de MassHealth (Medicaid) a través del plan.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que sostiene contratos con Medicare para proveer beneficios de Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces conocido como Medicare Parte C. Plan ofrecido por una compañía privada que sostiene contratos con Medicare para proporcionarle a usted todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan para necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más centrada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y MassHealth (Medicaid), que residen en una casa de reposo o que tienen ciertas afecciones crónicas.

Plan para necesidades especiales (SNP) institucional: un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), centro de enfermería (NF), (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por los CMS que proporcionan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos

de centros mencionados. Un Plan para Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o ser dueño de estos y operarlos).

Plan para necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención institucional basado en la evaluación estatal. Se debe realizar la evaluación con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal respectiva y debe ser administrada por una entidad además de la organización que ofrece el plan. El tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de vida asistida (ALF) contratado de ser necesario para garantizar la entrega uniforme de atención especializada.

Plan para necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP): un tipo de plan que inscribe a las personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal con Medicaid (Título XIX). Los estados cubren todos o algunos de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que ofrecen compañías de seguros privadas para cubrir las “brechas” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare (un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados. Los miembros de SCO no pagan por los servicios cubiertos.

Producto biológico: un medicamento recetado que se fabrica con ingredientes naturales y vivos, como células de animales o de plantas, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden reproducirse con exactitud, por lo cual las formas alternativas se denominan “productos biosimilares”. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Producto biológico original: producto biológico aprobado por la FDA que sirve como referencia para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa de Descuentos del Fabricante: un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca cubiertos de Parte D y los productos biológicos. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para

reemplazar una parte o función interna del organismo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de la red: el término “proveedor” se utiliza en general para los médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, los hospitales y otros centros de cuidado de la salud autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de cuidado de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman “**proveedores del plan**”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni están operados por nuestro plan.

Proveedor primario de cuidados médicos (PCP): el médico u otro proveedor al que se acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su proveedor primario de cuidados médicos antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Punto de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP): una entidad que sostiene contratos con la Executive Office of Elder Affairs de Massachusetts para administrar el Programa de Atención a Domicilio y proporcionar a las personas mayores acceso a servicios y ayudas a largo plazo.

Queja: tipo de reclamo que realiza sobre nuestro plan, los proveedores, las farmacias o nosotros, lo que incluye un reclamo relacionado con la calidad de su atención. Esto no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago.

Queja integrada: tipo de reclamo que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluso un reclamo relacionado con la calidad de su atención. Esto no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago.

Real-Time Benefit Tool: un portal o una aplicación informática en la que los beneficiarios pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente adecuada sobre el formulario y los beneficios específicos para el miembro. Esto incluye los montos de costos compartidos, medicamentos alternativos en el formulario que pueden usarse para la misma afección que un medicamento determinado, y las restricciones de cobertura (Autorización Previa, Terapia Escalonada, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Reclamo: el nombre formal de presentar un reclamo es **presentar una queja**. El proceso de reclamo se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con

calidad de la atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye reclamos si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir la totalidad de los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: cualquier servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, debido al tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red que tienen un contrato con el plan. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina con proveedores que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros: departamento de nuestro plan encargado de responder preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Subsidio para bajos ingresos (LIS): consulte “Extra Help”.

Tarifa de despacho: tarifa cobrada cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y envasar la receta.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización para la que se le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico podría haber recetado inicialmente.

Umbral de gastos directos del bolsillo: la cantidad máxima que paga de Gastos directos del bolsillo por los medicamentos de Parte D.

Capítulo 11 Definiciones de palabras importantes



Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Entrega ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratis para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal a:

Tufts Health Plan, Attention:

Coordinador de derechos civiles, Servicios para miembros

1 Wellness Way, Canton, MA 02021

Teléfono: 1-888-880-8699, ext. 48000 (TTY: 711)

Fax: 1-617-972-9048

Correo electrónico: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar una queja tanto en persona como por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles de Tufts Health Plan está a su disposición para brindarle asistencia.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica, desde el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono aquí:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

www.thpmp.org/sco | 1-855-670-5934 (TTY: 711)



a Point32Health company

Servicios de intérprete en varios idiomas

English: We have free interpreter services available for people who require translation services to answer any questions you may have about our health or drug plan. We can also give you information in English, braille, large print, or other alternate format. Just call us at 1-855-670-5934. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para personas que requieren servicios de traducción para responder cualquier pregunta que usted pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. También podemos brindarle información en español, braille, letra grande u otro formato alternativo. Simplemente llámenos al 1-855-670-5934. Una persona que habla español le puede ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Simplified: 我们为需要翻译服务的人提供免费口译服务，回答您对我们的健康或药物计划的任何问题。我们还可以以简体中文、盲文、大字体或其他替代格式为您提供信息。请致电 1-855-670-5934 联系我们。会说普通话的人会帮助您。本项服务免费。

Chinese Traditional: 我們為有翻譯服務需求者提供免費口譯服務，以針對我們的健康或藥物計劃，為您回答任何您可能提出的問題。我們也以繁體中文、點字、大字體或其他替代格式為您提供資訊。請撥打電話：1-855-670-5934。會說中文的人可以協助您。此為免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit ng mga taong nangangailangan ng mga serbisyo ng pagsasalín upang masagot ang anumang maaaring tanong mo tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Maaari din kaming magbigay sa iyo ng impormasyon na nasa Tagalog, braille, malalaking titik, o iba pang alternatibong format. Tumawag lang sa amin sa 1-855-670-5934. Matutulungan ka ng isang taong nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons des services d'interprétariat gratuits à la disposition de tous ceux qui ont besoin de services de traduction pour répondre aux questions que vous pourriez poser sur notre régime d'assurance-maladie ou médicaments. Nous pouvons vous fournir des informations en français, braille, lettres majuscules, ou tout autre format. Veuillez nous appeler au 1-855-670-5934. Une personne qui parle français pourra vous assister. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho người cần phiên dịch để trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị có thể có về chương trình bảo hiểm y tế hay chương trình thuốc của chúng tôi. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho quý vị bằng Tiếng Việt, chữ nổi braille, bản in chữ lớn, hay định dạng thay thế khác. Quý vị chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-855-670-5934. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir stellen Dolmetscherdienste kostenlos all jenen zur Verfügung, die zwecks Beantwortung ihrer Fragen zu den für sie geltenden Kostenübernahme- und Zahlungsregeln Übersetzungsdienste benötigen. Zudem informieren wir Sie bei Bedarf in Deutsch, Brailleschrift, Großdruck oder anderen Formaten. Rufen Sie uns einfach an: 1-855-670-5934. Hier erhalten Sie Hilfe von jemand, der Deutsch spricht. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 번역 서비스가 필요하신 분들에게 건강 플랜 또는 약품 플랜에 대한 문의에 답변을 드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 한국어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 제공할 수 있습니다. 1-855-670-5934번으로 전화해 주십시오. 한국어를 구사하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 통역은 무료 서비스입니다.

Russian: Мы предоставляем бесплатную услугу устного перевода для людей, которым он необходим, чтобы ответить на вопросы о здоровье или плане получения рецептурных препаратов. Мы также можем предоставить вам информацию на русском языке, с использованием шрифта Брайля, крупным шрифтом или в другом альтернативном формате. Просто позвоните по номеру 1-855-670-5934. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Это — бесплатная услуга.

Arabic: لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للأشخاص الذين يحتاجون إلى خدمات الترجمة للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. يمكننا أيضًا تزويدك بالمعلومات باللغة العربية أو بطريقة برايل أو بحروف كبيرة أو بأي تنسيق بديل آخر. كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم 1-855-670-5934. يمكن أن يقوم شخص يتحدث باللغة العربية بمساعدتك. هذه الخدمة مجانية.

Hindi: हमारे पास उन लोगों के लिए मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं जिन्हें हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में उनके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए अनुवाद सेवाओं की आवश्यकता है। हम आपको हिंदी, ब्रेल, बड़े प्रिंट या अन्य वैकल्पिक प्रारूप में भी जानकारी दे सकते हैं। बस हमें 1-855-670-5934 पर कॉल करें। हिन्दी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Se occorre una traduzione, i nostri servizi di interpretariato sono disponibili gratuitamente per offrire chiarimenti e risposte in merito al nostro piano sanitario o per i medicinali. Possiamo offrire informazioni anche in italiano, braille, caratteri grandi o altri formati. Non esiti a chiamarci al recapito 1-855-670-5934. Una persona che parla italiano sarà pronta a offrire assistenza. Questo servizio è gratuito.

Portuguese: Temos serviços de interpretação gratuitos para quem necessite de serviços de tradução para responder a qualquer questão que possamos ter sobre o seu plano de saúde ou medicação. Também podemos dar todas as informações em Português, braille, letra de grande dimensão ou formato alternativo. Basta ligar para o 1-855-670-5934. Alguém fala Português e poderá ajudar. É um serviço gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis ki disponib pou moun ki bezwen sèvis tradiksyon pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante ouwa anrapò ak plan medikaman nou an. Nou kapab ba w enfòmasyon tou nan lang Kreyòl ayisyen, bray, gwo lèt, ouwa lòt fòm. Jis rele nou nan 1-855-670-5934. Yon moun ki pale lang Kreyòl ayisyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

Polish: Osobom potrzebującym tłumaczenia oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania związane z naszym planem zdrowotnym lub dotyczącym leków. Możemy również udzielić informacji w języku polskim, alfabecie Braille'a, dużym druku lub innym alternatywnym formacie. Wystarczy zadzwonić pod numer 1-855-670-5934. Ktoś mówiący w języku polskim może Ci pomóc. Jest to usługa bezpłatna.

Japanese: 私たちの医療や医薬品の計画に関する、どのような質問にもお答えするため、翻訳サービスが必要な方のための無料通訳サービスを提供しています。情報は、日本語、点字、大活字、その他の代替形式でも提供可能です。1-855-670-5934 にお電話ください。日本語対応でお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

Khmer: យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក ដែលត្រូវការសេវាកម្មបកប្រែ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមាន ទាក់ទងនឹងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានជាភាសា ខ្មែរ អក្សរសម្រាប់ជនពិការផ្នែក អក្សរពុម្ពធំ ឬជាទម្រង់ដទៃផ្សេងទៀតបានផងដែរ។ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-855-670-5934 ។ អ្នកដែលនិយាយភាសា ខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Laotian: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພຣີທີ່ມີໃຫ້ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຕ້ອງການການບໍລິການການແປພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດ ຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ທ່ານເປັນຂໍ້ມູນໃນພາສາລາວ, ຕົວໜັງສືພິມ, ການພິມຂະ ໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນໆ. ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-670-5934. ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພຣີ.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9487
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred A la atención de: Servicios para Miembros P.O. Box 494 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thmp.org

SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico de todos) (SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratis sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	1-800-439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling



a Point32Health company

Declaración de divulgación en virtud de la PRA: Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de recopilación de información, a menos que dicha solicitud exhiba un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control vigente de la OMB para esta solicitud de recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, le rogamos que escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard. Con atención a: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.