a Point32Health company

Tufts Health Plan Senior Care Options

Manual del Miembro

Su cobertura médica y de medicamentos bajo

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO D-SNP) o

Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO D-SNP)

H8330_2027_1131_C_SPA

Aprobación de la OMB 0938-1444 (vence el: 5/31/2029)

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options al 1-855-670-5934 (TTY: 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. - 8 p.m. (del 1 de abr. - 30 de sep., de lun. - viern., de 8 a.m. - 8 p.m.). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.thpmp.org/sco.

Tufts Health Plan Senior Care Options *Manual del Miembro*

1 de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

Su cobertura médica y de medicamentos bajo Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO D-SNP) o Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro, también conocido como Evidencia de Cobertura,* le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias), la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro*.

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

Cuando este *Manual del Miembro* haga mención a “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Tufts Health Plan.

Este documento está disponible de forma gratuita en español y en otros idiomas a petición.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio, llamando a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.

Su solicitud de este documento en un formato o idioma accesible se aplicará de manera permanente, a menos que usted solicite lo contrario.

Descargos de responsabilidad

- Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado de Plan para Personas con Necesidades Especiales Elegibles para Ambos Beneficios (Dual Special Needs Plan, D-SNP) con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de la Commonwealth de Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- El D-SNP está disponible para cualquier persona que tenga tanto MassHealth (Medicaid) como Medicare Parts A y B. Usted no es elegible para inscribirse en Tufts Health Plan

Senior Care Options si está inscrito en cualquier otro plan de seguro médico, con la excepción de Medicare. Pueden aplicarse otros requisitos y restricciones de elegibilidad.

- ❖ Tufts Health Plan Senior Care Options es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con EOHHS y CMS.
- ❖ Concientización sobre la Recuperación de Bienes de la Sucesión: La ley federal exige que MassHealth recupere dinero de los bienes de la sucesión de ciertos miembros de MassHealth que tengan 55 años o más, y de cualquier edad si reciben atención a largo plazo en un hogar de ancianos u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de bienes de la sucesión de MassHealth, visite www.mass.gov/estaterecovery.
- ❖ Tufts Health Plan Senior Care Options cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluida la orientación sexual e identidad de género).

- ❖ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Tufts Health Plan Senior Care Options, un plan de salud que coordina todos sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), y su membresía en él. También le indica qué esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice de Contenido

A. Bienvenidos a nuestro plan 6

B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid) 6

B1. Medicare 6

B2. MassHealth 6

C. Ventajas de nuestro plan 7

D. Área de servicio de nuestro plan 8

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan 8

F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud 9

G. Su equipo de atención y plan de atención 10

G1. Equipo de atención 10

G2. Plan de atención 10

H. Resumen de Costos Importantes. Los miembros elegibles no pagan por los servicios cubiertos. 11

H1. Prima Mensual de Medicare Part B 11

I. Este *Manual del Miembro* 12

J. Otra información importante que recibe de nosotros 12

J1. Su Tarjeta de Identificación de Miembro 12

J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias* 13

J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos* 14

J4. La *Explicación de Beneficios* 15

K. Mantener actualizado su registro de membresía 15

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI) 16

A. Bienvenido a nuestro plan

Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan Senior Care Option (SCO): MassHealth (Medicaid) más Medicare. Un plan SCO está integrado por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), proveedores de salud conductual, proveedores de trastornos por uso de sustancias, organizaciones comunitarias que pueden ayudar con las necesidades sociales relacionadas con la salud y otros proveedores de atención médica. En un plan SCO, un Administrador de Atención trabajará con usted para desarrollar un plan que cumpla con sus necesidades de salud específicas. Un Administrador de Atención también le ayudará a administrar todos sus proveedores, servicios y apoyos. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

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

B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para:

- personas de 65 años de edad o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) es el nombre del programa de Medicaid de Massachusetts. MassHealth (Medicaid) es administrado por Massachusetts y es pagado por Massachusetts y el gobierno federal. MassHealth (Medicaid) ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cuentan con la cobertura de Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.

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

Medicare y la Commonwealth de Massachusetts aprobaron nuestro plan. Usted puede recibir los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan siempre que:

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

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

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **Usted no paga un costo adicional por unirse a este plan de salud.**

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

- Puede trabajar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a formar. Su equipo de atención puede incluirlo a usted mismo, a su cuidador, médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a su Administrador de Atención. Esta es una persona que trabajará con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Su Administrador de Atención es un enfermero registrado (RN), y usted tiene acceso a un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC), según los servicios que necesite.
- Su Administrador de Atención le ayudará a buscar y obtener servicios comunitarios de atención a largo plazo y de apoyo social.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y del Administrador de Atención.
- Su equipo de atención y su Administrador de Atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de que:

- Sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y pueden reducir cualquier efecto secundario que pueda tener a causa de los medicamentos.
- Sus resultados de las pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. Área de servicio de nuestro plan

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

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

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes de nuestra área de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella), **y**
- tenga tanto Medicare Part A como Medicare Part B, **y**
- sea ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un extranjero elegible **y**
- sea elegible actualmente para MassHealth Standard, **y**
- no esté inscritos en una exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) de MassHealth; excepto la Frail Elder Waiver,
- no tenga otro seguro médico excepto Medicare.

Si pierde su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) pero se espera que la recupere dentro de un mes, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para MassHealth (Medicaid). Si no puede recuperar MassHealth (Medicaid) dentro de un período de un mes, lo daremos de baja de Tufts Health Plan Senior Care Options. Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de ser dado de baja, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

La Sección C del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés), también conocida como "Evaluación Integral", dentro de los 30 días posteriores a su inscripción en el plan.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales. La Evaluación integral (HRA) evalúa las necesidades médicas, funcionales, cognitivas, psicosociales y de salud mental de cada miembro, incluidos los arreglos de vivienda, los apoyos familiares y sociales, la función, el estado de salud actual, la cognición, la salud conductual, el trastorno por uso de sustancias, las medidas de salud preventivas, las necesidades sociales relacionadas con la salud, el historial médico y de medicamentos, y los datos de laboratorio, así como el estado de las directrices anticipadas y las metas de atención También identifica los factores que pueden estar contribuyendo a la enfermedad y/o la necesidad de servicios de apoyo.

Nos comunicaremos con usted para programar la HRA. Podemos completar la HRA inicial mediante una visita en persona en el lugar de su elección, una llamada telefónica o una visita virtual. Nos comunicaremos con usted cada 3 a 6 meses para ver si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan nuevo para usted, puede seguir visitando a sus médicos y recibiendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que se complete su HRA y su plan de atención. Esto se denomina período de “Continuidad de la Atención”. Si está tomando algún medicamento de Medicare Part D cuando se une a nuestro plan, puede obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento si es necesario.

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

G. Su equipo de atención y plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita y desea. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un Administrador de Atención, sus especialistas u otros profesionales de la salud que usted elija. Juntos, usted y su Equipo de Atención elaborarán su plan de atención.

Un Administrador de Atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita y desea. Usted recibe un Administrador de Atención RN cuando se inscribe en nuestro plan. Un Administrador de Atención es un Enfermero Registrado que se desempeña como Administrador de Atención (RNCM, por sus siglas en inglés) responsable de administrar todos los aspectos de la atención del miembro.

El RNCM interactúa directamente con los miembros y sus cuidadores, proveedores y otros miembros del Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) para identificar factores de riesgo, realizar evaluaciones y desarrollar e implementar un plan de atención para lograr los mejores resultados de salud posibles. El RNCM facilita el proceso de transición de la atención, lo que incluye proporcionar al miembro y/o cuidador un punto de contacto constante durante toda la transición y colaborar con el equipo de revisión de utilización para garantizar el alta al entorno clínicamente más apropiado. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan tal vez no brinde y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención.

Llámenos a los números que se encuentran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su Administrador de Atención RN y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

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

Su plan de atención incluye:

- **Plan de Atención Individualizado (ICP)/Plan de Atención** - El plan de atención aborda las necesidades individualizadas del Miembro, lo cual incluye los siguientes elementos esenciales: resultados de la evaluación de riesgos de salud, metas/objetivos, servicios y beneficios específicos, medidas de resultados, preferencias de atención y beneficios y servicios adicionales para beneficiarios vulnerables como personas con discapacidades o aquellas personas cercanas al final de su vida.
- Para Tufts Health Plan Senior Care Options, el plan de atención incluye, entre otros, los siguientes elementos: 1) plan de atención (POC, por sus siglas en inglés), 2) plan de atención individualizado (IPC) y 3) Resumen del Miembro.
- su lista de metas de salud, vida independiente y recuperación, así como cualquier inquietud que pueda tener y los pasos necesarios para abordarlas, **y**

- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

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

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

H. Resumen de Costos Importantes Los miembros elegibles no pagan por los servicios cubiertos.

Nuestro plan no tiene prima.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de Medicare Part B (**Sección H1**)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Extra Help" y SPAP. Obtenga más información sobre estos programas en el **Capítulo 2, Sección I1**. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas de este *Manual del Miembro* no se aplica a usted.**

H1. Prima mensual de Medicare Part B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Si MassHealth (Medicaid) no está pagando sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para Medicare Part B. **Además, comuníquese con Servicios para Miembros o con su Administrador de Atención e infórmeles de este cambio.**

I. Este *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos obedecer todas las reglas que contiene este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del Miembro* llamando a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* que se encuentra en nuestro sitio web en at www.thpmp.org/documents.

El contrato está vigente durante los meses en que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su Tarjeta de Identificación de Miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias*, e información sobre cómo acceder a una *Lista de Medicamentos Cubiertos,* también conocida como *Lista de medicamentos* o *Formulario*.

J1. Su tarjeta de Identificación de Miembro

De conformidad con nuestro plan, usted dispone de una tarjeta para los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluido los LTSS, ciertos servicios de salud conductual y recetas médicas. Usted muestra esta tarjeta cuando obtiene cualquier servicio o receta médica. A continuación, se muestra un ejemplo de Tarjeta de Identificación de Miembro:



Si su Tarjeta de Identificación de Miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

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

J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias*

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y farmacias* en www.thmp.org/documents

Todos los proveedores del *Directorio de Proveedores y Farmacias* aceptan tanto Medicare como MassHealth (Medicaid).

Para los nuevos afiliados, su plan de cuidado coordinado de Massachusetts debe proporcionar un período mínimo de 90 días de continuidad de la atención, tiempo durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red. **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.

Como nuevo afiliado, tiene derecho a recibir acceso a servicios de manera consistente con el acceso que tenía anteriormente, y se le permite conservar a su proveedor actual por hasta *90 días* si ese proveedor no está en nuestra red, o hasta que se le evalúe y se implemente un plan de atención, lo que ocurra primero.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
    - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**

- agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otros que brindan artículos y servicios que usted recibe a través de Medicare o MassHealth (Medicaid).

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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar.

- Excepto durante una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan las pague.

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

J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos*

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. Le indica los medicamentos que cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de Medicamentos* a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el **Capítulo 5, Sección E.** Medicare aprobó la *Lista de Medicamentos* de Tufts Health Plan Senior Care Options.

La *Lista de Medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Cada año, le enviamos *información sobre cómo acceder a* la *Lista de Medicamentos*, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra en la parte inferior de la página.

Además de los medicamentos cubiertos por la Part D, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios de MassHealth Standard. La Lista de Medicamentos de Venta Libre (OTC) le indica cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos bajo MassHealth Standard. 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 medicamentos.

J4. La *Explicación de Beneficios*

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos de Medicare Part D, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de Medicare Part D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés).

La EOB le indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre gastaron en sus medicamentos de Medicare Part D y la cantidad total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de Medicare Part D durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma. El **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* proporciona más información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

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

K. Mantener actualizado su registro de membresía

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

Necesitamos esta información para asegurarnos de tener su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos**. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o la compensación para trabajadores;
- cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico;
- Ingreso a un centro de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es necesario que nos informe sobre un estudio de investigación clínica en el que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros. Los miembros con una cuenta personal en línea pueden actualizar cierta información en nuestro sitio web.

Para obtener detalles sobre cómo registrarse para obtener una cuenta personal segura, llame a Servicios para Miembros o visite www.thpmp.org/registration.

También 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 J.

Todos los cambios que afecten la elegibilidad también deben informarse a MassHealth (Medicaid) dentro de los 10 días o antes, si es posible.

Si tiene cambios que informar, comuníquese con MassHealth (Medicaid) a través de 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 postal a: Health Insurance Processing Center, P.O. Box 4405 Taunton, MA 02780.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Nosotros protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro*.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto para acceder a recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede consultar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su Administrador de Atención y otras personas para que aboguen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice de Contenido

A. Servicios para Miembros 19

B. Su Administrador de Atención 24

C. SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) 26

D. Quality Improvement Organization (QIO) 27

E. Medicare 28

F. MassHealth (Medicaid) 30

G. Ombudsman 31

H. Programa de Ombudsman de Atención a Largo Plazo 32

I. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar los Medicamentos 33

I1. Extra Help de Medicare 33

J. Seguro Social 34

K. Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) 35

L. Otros recursos 36

A. Servicios para Miembros

LLAME AL	1-855-670-5934. Esta llamada es gratuita. 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. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. 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 Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021-1166
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

Comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamos o facturación
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
  - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
    - sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
    - la cantidad que pagamos por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Apelaciones y Quejas sobre su atención médica y medicamentos

LLAME AL	1-855-670-5934. Esta llamada es gratuita. 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. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. 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 Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

- apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con la decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección D**).

- Puede llamarnos y explicar su queja al 1-855-670-5934.
- Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior o el **Capítulo 9** *de este Manual del Miembro*).
- Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en es.medicare.gov/my/medicare-complaint. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
- También puede llamar a My Ombudsman para obtener ayuda con **cualquier** queja o para ayudarle a presentar una apelación. (Consulte la **Sección G** para obtener la información de contacto de My Ombudsman).
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos

LLAME AL	1-855-670-5934. Esta llamada es gratuita. 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. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. 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 Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021-1166
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos **, o**
    - la cantidad que pagamos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a sus medicamentos de Medicare Part D, medicamentos recetados de MassHealth (Medicaid) y medicamentos de venta libre de MassHealth.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una forma de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- quejas sobre sus medicamentos
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en es.medicare.gov/my/medicare-complaint. O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Pago de la atención médica o medicamentos que usted ya pagó

LLAME AL	1-855-670-5934. Esta llamada es gratuita. 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. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. 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 02021-1166
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

- pago por atención médica o medicamentos que usted ya pagó
    - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos el dinero, o para pagar una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
    - Si nos pide que paguemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Su Administrador de Atención

Un Administrador de Atención es un Enfermero Registrado que se desempeña como Administrador de Atención (RNCM, por sus siglas en inglés) responsable de administrar todos los aspectos de la atención del miembro. El RNCM se comunica directamente con los miembros y sus cuidadores, proveedores y otros miembros del Equipo de Atención Interdisciplinario (ICT) para identificar factores de riesgo, realizar evaluaciones y desarrollar e implementar un plan de atención para lograr los mejores resultados de salud posibles. El RNCM facilita el proceso de transición de la atención, lo que incluye proporcionar al miembro y/o cuidador un punto de contacto constante durante toda la transición y colaborar con el equipo de revisión de utilización para garantizar el alta al entorno clínicamente más apropiado. Para comunicarse con un Administrador de Atención, llame a Servicios para Miembros al 1-855-670-5934.

LLAME AL	1-855-670-5934. Esta llamada es gratuita. 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. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. 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 Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021-1166
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco-member

Comuníquese con su Administrador de Atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica

- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por uso de sustancias)
- preguntas sobre transporte
- preguntas sobre cómo obtener servicios médicos y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- preguntas sobre cómo obtener ayuda con alimentos, vivienda, empleo y otras necesidades sociales relacionadas con la salud
- preguntas sobre su plan de atención
- preguntas sobre aprobaciones de servicios que sus proveedores han solicitado
- preguntas sobre los beneficios de los Servicios Cubiertos Flexibles y cómo se pueden solicitar

C. SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado y ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. 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).

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

LLAME AL	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-439-2370 *(solo Massachusetts)* Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un dispositivo telefónico especial para llamarlo.
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

Comuníquese con SHINE para obtener ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los consejeros de SHINE pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a:
    - comprender sus derechos,
    - comprender sus opciones de planes,
    - responder preguntas sobre cómo cambiar de plan,
    - presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico, **y**
    - solucionar problemas con sus facturas.

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

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

LLAME AL	1-888-319-8452
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un dispositivo telefónico especial para llamarlo.
ESCRIBA A	Acentra Health QIO 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com

Comuníquese con Acentra Health para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la atención que recibió si:
  - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo,
  - cree que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto, **o**
  - cree que sus servicios de atención médica a domicilio, de un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) están terminando demasiado pronto.

E. Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services), o CMS. Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. La llamada es gratis. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un dispositivo telefónico especial para llamarlo.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

SITIO WEB	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, incluida cuánto cuestan y qué servicios brindan. • Busque médicos u otros proveedores de atención médica y proveedores de suministros médicos que participen en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como detecciones, vacunas y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelación de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. Para enviar una queja a Medicare, vaya a es.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

F. MassHealth (Medicaid)

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

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

LLAME AL	1-800-841-2900 Horario: Autoservicio disponible las 24 horas del 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, por sus siglas en inglés) es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un dispositivo telefónico especial para llamarlo.
ESCRIBA A	MassHealth Central Office 100 Hancock Street, 1st Floor Quincy, MA 02171
CORREO ELECTRÓNICO	membersupport@mahealth.net
SITIO WEB	www.mass.gov/masshealth

MassOptions conecta a los adultos mayores, a las personas con discapacidades y a sus cuidadores con las agencias y organizaciones que mejor pueden satisfacer sus necesidades.

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

G. Ombudsman

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

- Puede responder sus preguntas o remitirlo al lugar adecuado para encontrar lo que necesita.
- Puede ayudarle a tratar un problema o inquietud con SCO o su plan SCO, Tufts Health Plan Senior Care Options. El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el problema y analizará las opciones con usted para ayudar a resolver el problema.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedir a su plan SCO, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.
- Puede llamar o escribir a My Ombudsman. Consulte el sitio web de My Ombudsman o póngase en contacto directamente con ellos para obtener información actualizada sobre la ubicación y los horarios de atención por orden de llegada.

LLAME AL	1-855-781-9898 (línea gratuita)
MassRelay y Videotelefóno (VP)	Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un dispositivo telefónico especial para llamarlo. Videotelefóno (VP): 339-224-6831 Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
ESCRIBA A	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4th floor Boston, MA 02111
CORREO ELECTRÓNICO	info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

H. Programa del Ombudsman de Atención a Largo Plazo

El Ombudsman de Atención a Largo Plazo ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

El Ombudsman de Atención a Largo Plazo no está conectado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	1-617-222-7495

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

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

I1. Extra Help de Medicare

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

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

J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en Medicare.

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

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar sus servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un dispositivo telefónico especial para llamarlo.
SITIO WEB	www.ssa.gov

K. Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

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

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

L. Otros recursos

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 a Servicios para el Envejecimiento** Los Puntos de Acceso a Servicios para el Envejecimiento (ASAP) son puntos de entrada únicos para todos los servicios y beneficios disponibles para las personas mayores en Massachusetts. Estas agencias proveen información, solicitudes, servicios directos y referidos.
- **Consejos sobre el Envejecimiento / Centros para Personas Mayores** Los Consejos sobre el Envejecimiento (COA) son organizaciones de voluntarios locales que ofrecen información y servicios directos a las personas mayores, sus cuidadores y otras personas con problemas relacionados con el envejecimiento. Los COA forman parte del gobierno local y trabajan con otras agencias para personas mayores y departamentos de la ciudad o del municipio para ofrecer programas sociales, recreativos, de salud, de protección y de educación para personas mayores en sus comunidades.
- **MassOptions.org** es un sitio web donde las personas mayores y sus familias pueden obtener información sobre programas y servicios para ancianos 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 en www.massoptions.org.

Puntos de Acceso a Servicios para el Envejecimiento (ASAP) en Massachusetts

1. Access Care Partners

4 Valley Mill Rd
Holyoke, MA 01040

(413) 538-9020

Sitio web: Access Care Partners

Áreas de servicio: Belchertown, Chicopee, Granby, Holyoke, Ludlow, South Hadley, Ware

2. AgeSpan

280 Merrimack Street, Suite 400
Lawrence, MA 01843

(978) 683-7747
Línea gratuita: (800) 892-0890

Sitio web: AgeSpan

Áreas de servicio: 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

3. Aging Services of North Central Massachusetts

680 Mechanic Street, Suite 120
Leominster, MA 01453

(978) 537-7411

Sitio web: Aging Services of North Central Massachusetts

Áreas de servicio: Ashburnham, Ashby, Ayer, Berlin, Bolton, Clinton, Fitchburg, Gardner, Groton, Hubbardston, Lancaster, Leominster, Lunenburg, Pepperell, Princeton, Shirley, Sterling, Templeton, Townsend, Westminster, Winchendon

4. Boston Senior Home Care

89 South Street, Lincoln Plaza Suite 501
Boston, MA 02111

(617) 292-6211

Sitio web: Boston Senior Home Care

Áreas de servicio: Barrios de Boston: Beacon Hill, Boston, Charlestown, Dorchester, Downtown, East Boston, North End, South Boston, South Cove, West End

5. Bristol Aging & wellness, Inc.

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

(508) 675-2101

Sitio web: Bristol Aging & wellness, Inc.

Áreas de servicio: Attleborough, Berkley, Dighton, Fall River, Freetown, Mansfield, North Attleborough, Norton, Raynham, Rehoboth, Seekonk, Somerset, Swansea, Taunton, Westport

6. Central Boston Elder Services

2315 Washington Street
Boston, MA 02119

(617) 277-7416

Sitio web: Central Boston Elder Services

Áreas de servicio: Barrios de Boston: Allston, Back Bay, Boston, Brighton, Fenway, Jamaica Plain, Kenmore/Fenway, Mission Hill, Roxbury, South End

7. Coastline Elderly Services, Inc.

863 Belleville Avenue
New Bedford MA 02745

(508) 999-6400

Sitio web: Coastline Elderly Services, Inc.

Áreas de servicio: Acushnet, Dartmouth, Fairhaven, Gosnold, Marion, Mattapoisett, New Bedford, Rochester

8. Elder Services of Berkshire County, Inc.

73 South Church Street
Pittsfield, MA 01201

(413) 499-0524

Sitio web: Elder Services of Berkshire County, Inc.

Áreas de servicio: Adams, Alford, Becket, Cheshire, Clarksburg, Dalton, Egremont, Florida, Great Barrington, Hancock, Hinsdale, Lanesborough, Lee, Lenox, Monterey, Mount Washington, New Ashford, New Marlborough, North Adams, Otis, Peru, Pittsfield, Richmond, Sandisfield, Savoy, Sheffield, Stockbridge, Tyringham, Washington, West Stockbridge, Williamstown, Windsor

9. Elder Services of Cape Cod and the Islands, Inc.

68 Route 134
South Dennis, MA 02660

(508) 394-4630

Sitio web: Elder Services of Cape Cod and the Islands, Inc.

Áreas de servicio: 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

10. Elder Services of Worcester Area, Inc.

67 Millbrook Street, Suite 100
Worcester MA 01606

(508) 756-1545

Sitio web: Elder Services of Worcester Area, Inc.

Área de servicio: Auburn, Barre, Boylston, Grafton, Hardwick, Holden, Leicester, Millbury, New Braintree, Oakham, Paxton, Rutland, Shrewsbury, West Boylston, Worcester

11. ETHOS

555 Amory Street
Jamaica Plain, MA 02130

(617) 522-6700

Sitio web: ETHOS

Área de servicio: Barrios de Boston: Jamaica Plain, Roslindale, West Roxbury, Hyde Park and Mattapan

12. Greater Lynn Senior Services, Inc.

8 Silsbee St.
Lynn, MA 01901

(781) 599- 0110

Sitio web: Greater Lynn Senior Services, Inc.

Áreas de servicio: Lynn, Lynnfield, Nahant, Saugus, Swampscott

13. Greater Springfield Senior Services, Inc.

66 Industry Ave.
Springfield, MA 01104

(413) 781-8800
(413) 781-0632

Sitio web: Greater Springfield Senior Services, Inc.

Áreas de servicio: Agawam, Brimfield, East Longmeadow, Hampden, Holland, Longmeadow, Monson, Palmer, Springfield, Wales, West Springfield, Wilbraham

14. HESSCO Elder Services

545 South Street, Suite 300
Walpole, MA 02081

(781) 784-4944

Sitio web: HESSCO Elder Services

Áreas de servicio: Canton, Dedham, Foxborough, Medfield, Millis, Norfolk, Norwood, Plainville, Sharon, Walpole, Westwood, Wrentham

15. Highland Valley Elder Services, Inc.

320 Riverside Drive Suite B
Florence, MA 01062

(413) 586-2000

Sitio web: Highland Valley Elder Services, Inc.

Áreas de servicio: Amherst, Blandford, Chester, Chesterfield, Cummington, Easthampton, Goshen, Granville, Hadley, Hatfield, Huntington, Middlefield, Montgomery, Northampton, Pelham, Plainfield, Russell, Southampton, Southwick, Tolland, Westfield, Westhampton, Williamsburg, Worthington

16. LifePath, Inc.

101 Munson St., Suite 201
Greenfield, MA 01301

(413) 773-5555

Web: LifePath, Inc.

Áreas de servicio: 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

17. Minuteman Senior Services

One Burlington Woods, Suite 101
Burlington, MA 01803

(781) 272-7177

Sitio web: Minuteman Senior Services

Áreas de servicio: Acton, Arlington, Bedford, Boxborough, Burlington, Carlisle, Concord, Harvard, Lexington, Lincoln, Littleton, Maynard, Stow, Wilmington, Winchester, Woburn

18. Mystic Valley Elder Services, Inc.

300 Commercial Street, Suite #19
Malden, MA 02148

(781) 324-7705

Web: Mystic Valley Elder Services, Inc.

Áreas de servicio: Chelsea, Everett, Malden, Medford, Melrose, North Reading, Reading, Revere, Stoneham, Wakefield, Winthrop

19. Old Colony Elder Services, Inc.

144 Main St.
Brockton, MA 02301

(508) 584-1561

Sitio web: Old Colony Elder Services, Inc.

Áreas de servicio: Abington, Avon, Braintree, Bridgewater, Brockton, Carver, Cohasset, Duxbury, East Bridgewater, Easton, Halifax, Hanover, Hanson, Hingham, Holbrook, Hull, Kingston, Lakeville, Marshfield, Middleborough, Milton, Norwell, Pembroke, Plymouth, Plympton, Quincy, Randolph, Rockland, Scituate, Stoughton, Wareham, West Bridgewater, Weymouth, Whitman

20. SeniorCare, Inc.

49 Blackburn Center
Gloucester, MA 01930

(978) 281-1750

Sitio web: SeniorCare, Inc.

Áreas de servicio: Beverly, Essex, Gloucester, Hamilton, Ipswich, Manchester-by-the-Sea, Rockport, Topsfield, Wenham

21. Somerville/Cambridge Elder Services, Inc.

61 Medford Street
Somerville, MA 02143

(617)628-2601

Sitio web: Somerville/Cambridge Elder Services, Inc.

Áreas de servicio: Cambridge, Somerville

22. Springwell, Inc.

307 Waverley Oaks Rd, Suite 205
Waltham, MA 02452

(617) 926-4100

Sitio web: Springwell, Inc.

Áreas de servicio: Ashland, Belmont, Brookline, Chestnut Hill, Dover, Framingham, Holliston, Hopkinton, Hudson, Marlborough, Natick, Needham, Newton, Northborough, Sherborn, Southborough, Sudbury, Waltham, Watertown, Wayland, Wellesley, Westborough, Weston

23. Tri-Valley, Inc.

10 Mill Street
Dudley, MA 01571

(508) 949-6640

Sitio web: Tri-Valley, Inc.

Áreas de servicio: 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

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

Introducción

Este capítulo incluye términos y reglas específicos que usted necesita saber para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su Administrador de Atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluidos proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por los servicios que cubrimos, y las reglas para la propiedad de Equipos Médicos Duraderos (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice de Contenido

A. Información sobre servicios y proveedores 47

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan 47

C. Su Administrador de Atención 49

C1. Qué es un Administrador de Atención 49

C2. Cómo puede comunicarse con su Administrador de Atención 49

C3. Cómo puede cambiar a su Administrador de Atención 50

D. Atención por parte de proveedores 50

D1. Atención por parte de un proveedor de atención primaria (PCP) 50

D2. Atención por parte de especialistas y otros proveedores de la red 53

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan 54

D4. Proveedores fuera de la red 55

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 56

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias) 56

G. Cómo obtener atención autodirigida 56

G1. Qué es la atención autodirigida 56

G2. Quién puede obtener atención autodirigida 56

G3. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del Equipo de Atención que el miembro identifique 57

H. Servicios de transporte 57

I. Servicios dentales y de la vista 57

J. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre 57

J1. Atención en una emergencia médica 57

J2. Atención médica necesaria de urgencia 59

J3. Atención durante un desastre 60

K. Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos 60

K1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 60

L. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica 61

L1. Definición de estudio de investigación clínica 61

L2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 62

L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica 62

M. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención médica no médica 62

M1. Definición de institución religiosa de atención médica no médica 62

M2. Atención en una institución religiosa de atención médica no médica 62

N. Equipo médico duradero (DME) 63

N1. DME como miembro de nuestro plan 63

N2. Propiedad del DME si cambia a Original Medicare 64

N3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan 64

N4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA) 64

A. Información sobre servicios y proveedores

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

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención, y que cuentan con una licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y ciertos LTSS.

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

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

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

Nuestro plan pagará por los servicios de atención médica, servicios de salud conductual y LTSS que obtenga cuando siga nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesaria, queremos decir que los servicios son razonables y necesarios:
    - Para los diagnósticos y el tratamiento de su enfermedad o lesión; o
    - Para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada; **o**
    - De otro modo médicamente necesarios bajo la ley de Medicare
- De acuerdo con la ley y la regulación de MassHealth (Medicaid) y por MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios si:

- Se podría calcular razonablemente que previenen, diagnostican, previenen el empeoramiento de, alivian, corrigen o curan condiciones que ponen en peligro su vida, le causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o resultan en enfermedad o dolencia; **y**
- No hay otro servicio médico o lugar de servicio disponible que funcione igual de bien, que sea adecuado para usted y que sea menos costoso. La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha necesidad médica y calidad.
- Además, un servicio es médicamente necesario cuando el servicio puede:
  - ✓ Ayudarle a mejorar, mantenerse igual o mejorar su salud o funcionamiento diario; o
  - ✓ Prevenir que su salud o funcionamiento empeore si la atención se retrasa, se reduce o no se proporciona.

- Si tiene preguntas sobre si un servicio es médicamente necesario o no, puede comunicarse con Servicios para Miembros.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que le brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, vaya a la **Sección D1**)
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de que usted pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP u otros proveedores en la red de nuestro plan. Esto se llama una **derivación**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
  - Usted no necesita remisiones de su PCP para la atención de emergencia o atención médicamente necesaria de urgencia, ni para utilizar un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP (vaya a la **Sección D1** para obtener más información).
- **Debe recibir su atención de proveedores de la red** (para obtener más información, vaya a la **Sección D** en este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor el total de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - Si necesita atención de emergencia o atención médica necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, vaya a la **Sección J**).

- Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no se la pueden brindar, puede obtener atención de un proveedor 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. En esta situación, cubrimos la atención sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, vaya a la **Sección D4**.
- Si necesita servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período corto o cuando su proveedor no está disponible temporalmente o no es accesible, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red.

C. Su Administrador de Atención

C1. Qué es un Administrador de Atención

Un Administrador de Atención es un Enfermero Registrado que se desempeña como Administrador de Atención (RNCM, por sus siglas en inglés) responsable de administrar todos los aspectos de la atención del miembro. El RNCM se comunica directamente con los miembros y sus cuidadores, proveedores y otros miembros del Equipo de Atención Interdisciplinario (ICT) para identificar factores de riesgo, realizar evaluaciones y desarrollar e implementar un plan de atención para lograr los mejores resultados de salud posibles. El RNCM facilita el proceso de transición de la atención, lo que incluye brindar al miembro y/o al cuidador un punto de contacto constante durante toda la transición y colaborar con el equipo de revisión de utilización para garantizar el alta al entorno clínicamente más adecuado.

Toda persona que se inscriba en un plan de Senior Care Options (SCO) también tiene derecho a contar con un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC) en su equipo de atención.

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

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

C2. Cómo puede comunicarse con su Administrador de Atención

Para comunicarse con su Administrador de Atención, llame a Servicios para Miembros al 1-855-670-5934.

C3. Cómo puede cambiar a su Administrador de Atención

Para cambiar a su Administrador de Atención, llame a Servicios para Miembros al 1-855-670-5934.

D. Atención por parte de proveedores

D1. Atención por parte de un proveedor de atención primaria (PCP)

Definición de un PCP y lo que un PCP hace por usted

Cuando se convierta en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP. Si no elige un PCP cuando se inscriba por primera vez, o si el PCP que seleccione no está disponible, le asignaremos un PCP y le enviaremos una carta notificándole la asignación. Si le asignamos un PCP, puede optar por quedarse con él o cambiar a otro PCP. Para cambiar el PCP que se le asignó, consulte "Opción de cambiar su PCP" a continuación.

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.

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

Por lo general, usted consultará primero a su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT, por sus siglas en inglés) para la mayoría de sus necesidades de atención médica. u PCP/ Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) le brindará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos que son 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 dificultades auditivas o del habla que utilicen máquinas TTY pueden llamar a la Massachusetts Relay Association al TTY 1-800-439-2370 para recibir asistencia para comunicarse con su PCP/Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) 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).

"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), un enfermero practicante, un enfermero registrado o un asistente médico, pueden unirse a usted y a su PCP para formar su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) para ayudar a coordinar su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP, después de consultar con usted y con su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT), también puede remitirlo a un especialista del plan. Su PCP podría tener ciertos especialistas del plan que pueden proveerle la mejor atención. Ese especialista del plan puede ser alguien que trabaje con su PCP y su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) de forma regular y pueda coordinar su atención de manera más fluida y oportuna. (Por supuesto, en caso de una emergencia, si necesita atención de urgencia o se encuentra fuera del área de servicio, no necesita un referido para buscar servicios médicos). Asimismo, su derivación puede tener limitaciones de tiempo. En algunos casos, el PCP necesitará obtener nuestra aprobación previa.

Si necesita servicios de un centro de enfermería especializada, atención a largo plazo o servicios basados en el hogar y la comunidad, su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) lo dirigirá a un subgrupo de los centros de nuestra red de Tufts Health Plan SCO, quienes pueden coordinar mejor su atención y satisfacer sus necesidades individuales. Usted trabajará con su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) para seleccionar un centro de entre las opciones identificadas.

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 haya entregado esta autorización o derivación.

Dado que su PCP y su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) le brindarán o coordinarán su atención, debe solicitar que envíen todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP para su uso.

Su elección de PCP

Cuando esté decidiendo sobre un PCP, puede consultar nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Una vez que haya elegido, debe llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en el pie de página de este documento. 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 va a ser admitido en un hospital en particular, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, o hable con un representante de Servicios para Miembros para asegurarse de que el PCP de su elección utilice ese hospital.

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Esto incluye un PCP que le hayamos asignado debido a que el PCP que seleccionó al inscribirse no acepta pacientes nuevos o si no seleccionó un PCP al momento de la inscripción. También es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Si cambia su PCP, debe trabajar con su nuevo PCP para coordinar las remisiones a los especialistas dentro de nuestra red con los que ella/él trabaje de forma regular para garantizar que su atención médica se coordine de la manera más eficaz posible.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros. Ellos también verificarán que el PCP al que desea cambiar esté en la red y acepte pacientes nuevos. Si el PCP está en la red y acepta nuevos pacientes, usted podrá fijar una cita con él a contar del primer día del mes siguiente. Servicios para Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le enviará una nueva tarjeta de membresía que muestre el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. Le sugerimos que programe una cita con su nuevo PCP y haga las gestiones correspondientes para que le transfieran sus registros a ese PCP.

Servicios que puede recibir sin aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de utilizar otros proveedores. A esta aprobación se le llama **remisión**. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios cubiertos necesarios con urgencia que requieren atención médica inmediata (pero que no sean una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable dadas las circunstancias de tiempo, lugar y situación obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como las revisiones anuales) no se consideran necesarias con urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a obtener diálisis mientras esté fuera.
- Vacunas contra la gripe y vacunas contra el COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de rutina de atención médica de la mujer y de planificación familiar. Esto incluye exámenes de seno, mamografías de detección (radiografías de seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Atención dental de rutina proporcionada por un dentista de la red.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare siempre y cuando los preste un proveedor de la red.

- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indígenas (Indian health providers), puede utilizar estos proveedores sin una remisión.

Si no está seguro de si necesita una remisión para obtener un servicio o utilizar otro proveedor, pregúntele a su Administrador de Atención, a su PCP o llame a Servicios para Miembros al 1-855-670-5934 (TTY: 711).

D2. Atención por parte de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas.

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

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, este último ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan mediante un referido a un especialista.

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 derivación. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o de darle un referido según los servicios que se prestarán.

Para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa, consulte el **Capítulo 4, Sección D** de este *Manual del Miembro*.

Los servicios que requieren autorización previa se indican en ***negrita y cursiva*** en la **Tabla de Beneficios Médicos** en el **Capítulo 4**. También puede llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en el pie de página de este documento para obtener una lista de los servicios que requieren que su PCP u otro proveedor de la red obtenga autorizaciones previas del plan. Consulte su Formulario de Tufts Health Plan Senior Care Options para conocer qué medicamentos necesitan autorización previa.

Una remisión es una aprobación de su PCP para buscar atención de otro profesional de la salud, generalmente 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).

Su PCP puede tener ciertos especialistas del plan que puedan brindarle la mejor atención. Si su PCP lo remite a un especialista, él/ella puede enviarlo a un especialista con el que trabaje de forma regular para asegurar que su atención médica se coordine de la manera más eficaz posible. No necesita referidos 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 un referido. Los servicios que requieren autorización previa se indican en ***negrita y cursiva*** en la **Tabla de Beneficios Médicos** en el **Capítulo 4**. Los servicios que requieren una remisión también se indican dentro de la **Tabla de Beneficios Médicos** en el **Capítulo 4**. Puesto que el PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debería enviar toda su historia clínica al consultorio del PCP.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

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

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor dentro de los últimos tres años.
    - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si tiene asignado a ese proveedor, si recibe atención de él actualmente o si lo visitó dentro de los últimos tres meses
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente se encuentra bajo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red que sea accesible para usted, debemos organizar que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Excepto en una emergencia o para servicios necesarios con urgencia, debe obtener una remisión de su PCP y/o recibir una autorización previa del plan antes de recibir atención fuera de la red. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

- Si se entera de que uno de sus proveedores va a dejar nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si piensa que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad (QIO), una queja formal sobre la calidad de la atención, o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información.)

D4. Proveedores fuera de la red

Su PCP o proveedor de la red le proporcionará una remisión para que vea a un proveedor fuera de la red si no hay ningún proveedor de la red disponible. 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 detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección A.

Otras circunstancias en las que nuestro plan cubrirá los servicios fuera de la red sin una remisión o autorización previa incluyen las siguientes:

- El plan cubre la atención de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para ver qué significan servicios de emergencia o necesarios con urgencia, consulte la Sección J1 en este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan y no pueda acceder a proveedores contratados para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD).

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

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o MassHealth (Medicaid).

- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar in Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son servicios que le permiten seguir viviendo de forma independiente en su hogar Un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC) es un experto en LTSS en su área. Esta persona es un recurso con el que usted cuenta en su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT).

Durante los primeros 30 días en este plan, su Administrador de Atención RN completará su evaluación de riesgos de salud.

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)

Los servicios de salud conductual atienden sus necesidades de salud mental y de trastornos por uso de sustancias. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D para obtener más detalles. Su Administrador de Atención RN u otros miembros de su Equipo de Atención Interdisciplinaria (Interdisciplinary Care Team, ICT) pueden ayudarle a ponerse en contacto con los servicios de salud conductual de su área. El PCP también puede ayudarlo a encontrar los servicios de salud conductual adecuados para sus necesidades.

G. Cómo obtener atención autodirigida

G1. Qué es la atención autodirigida

La atención autodirigida significa que usted puede contratar y administrar a un asistente de cuidado personal (PCA, por sus siglas en inglés). Los servicios del PCA le brindan ayuda con las actividades de la vida cotidiana. Consulte las Tablas de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener más detalles.

G2. Quién puede recibir atención autodirigida

La atención autodirigida apoya a los miembros con discapacidades para que vivan de forma independiente. Esto incluye miembros con necesidades especiales de cuidado de la salud. Su Equipo de Atención Interdisciplinaria trabaja con usted para decidir si este servicio es adecuado para usted. Puede formar parte de su plan de atención. Su Administrador de Atención RN puede ayudarle a acceder a agencias de administración de cuidado personal (PCM, por sus siglas en inglés) para ayudarle a buscar la atención que necesita.

G3. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del Equipo de Atención que el miembro identifique

Envíe a su Administrador de Atención RN una solicitud por escrito para que su Equipo de Atención Interdisciplinaria reciba copias de todos los avisos por escrito relacionados con su atención autodirigida.

H. Servicios de transporte

El plan cubre el transporte hacia y desde las citas médicas y no médicas. Consulte el Capítulo 4 de este *Manual del Miembro* bajo “Transporte no médico médicamente necesario” y “Transporte (para fines no médicos)” obtener más detalles.

I. Servicios dentales y de la vista

El plan cubre servicios dentales y de la vista, incluidos servicios adicionales que van más allá de los requisitos de Medicare y/o MassHealth (Medicaid). Consulte el Capítulo 4 de este *Manual del Miembro* bajo “Servicios dentales” y “Atención de la vista”, respectivamente, para obtener más detalles.

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

J1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica que presenta síntomas tales como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina podría esperar que resulte en lo siguiente:

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni una remisión de su PCP No es necesario que utilice un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier

lugar de los EE. UU. o sus territorios, o en todo el mundo, de cualquier proveedor que tenga una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.

Tan pronto como sea posible, informe a nuestro plan sobre su emergencia. Nosotros hacemos el seguimiento de su atención de emergencia. Usted o su Administrador de Atención debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no pagará por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Comuníquese a nuestro número 1-855-670-5934. (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 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 cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los 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. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Los proveedores que le brindan la atención de emergencia deciden cuándo su afección es estable y la emergencia médica ha terminado. Ellos continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para una atención adicional. Si recibe su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Nuestro plan cubre la atención médica de emergencia en todo el mundo más allá de su beneficio de MassHealth (Medicaid). Medicare no proporciona cobertura para servicios de atención de emergencia o de urgencia fuera de los EE. UU. 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. Será evaluado por un equipo de crisis que le ayudará a buscar 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 la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección D.

También puede comunicarse con el Programa de Servicios de Emergencia (ESP, por sus siglas en inglés) 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. El ESP incluye tres servicios:

1. Servicios de Intervención Móvil de Crisis (Mobile Crisis Intervention, MCI) para adultos: estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, de la siguiente

manera: de 7 a.m. a 8 p.m. en todos los centros comunitarios del ESP, y de 8 p.m. a 7 a.m. en programas residenciales y departamentos de emergencia de hospitales.

2. Centros comunitarios del Programa de Servicios de Emergencia (Emergency Services Program, ESP). Los horarios de atención varían según el lugar. Para obtener más detalles, visite https://www.masspartnership.com/mbhp/en/home.
3. Servicios de estabilización de crisis comunitarias (Community crisis stabilization, CCS) para personas de 18 años de edad o más: estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para obtener más detalles, visite https://www.masspartnership.com/mbhp/en/home.

También puede comunicarse con la *Línea de Ayuda de Salud Conductual de Massachusetts al 1-833-773-2445. Para más detalles, vaya a* www.masshelpline.com.

Cómo obtener atención de emergencia si no era una emergencia

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

Sin embargo, después de que el médico indique que no se trataba de una emergencia, cubriremos su atención adicional únicamente si:

- Usted utiliza un proveedor de la red **o**
- La atención adicional que recibe se considera "atención médica necesaria de urgencia" y usted sigue las reglas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

J2. Atención médica necesaria de urgencia

La atención médica necesaria de urgencia es la atención que recibe por una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, podría tener un brote de una afección preexistente o una enfermedad o lesión imprevista.

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

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

- Usted recibe esta atención de un proveedor de la red **y**
- Usted sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable conseguir un proveedor de la red, dado el momento, el lugar o las circunstancias, cubrimos la atención médica necesaria 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 provea atención de urgencia, o bien puede llamar al 911 para que lo ayuden inmediatamente.

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

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

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

J3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de Massachusetts, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención por parte de nuestro plan.

Visite el siguiente sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre: https://www.medicare.gov/providers-services/disaster-emergency. También puede visitar nuestro sitio web en www.tuftsmedicarepreferred.org/faq para obtener esta información.

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

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

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

No pague la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el dinero. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), usted no tiene ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

K1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen como médicamente necesarios, **y**

- que aparezcan en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*), **y**
- que usted obtenga al seguir las reglas del plan.

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

Si desea saber si pagamos por algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntárnoslo. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si indicamos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 de este *Manual del Miembro* explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para conocer más sobre sus derechos de apelación.

Pagamos por algunos servicios hasta un límite determinado. Si se pasa del límite, usted paga el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y qué cantidad de sus beneficios ha utilizado.

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

L1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita voluntarios para participar en el estudio. Cuando está en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

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

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica cubierto para los inscritos en Original Medicare, le recomendamos que usted o su Administrador de Atención se comunique con Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare apruebe, usted no paga nada por los servicios cubiertos bajo el estudio. Medicare paga por los servicios cubiertos bajo el estudio, así como por los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, está cubierto para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio: Esto incluye:

- alojamiento y comida para una estancia hospitalaria que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- el tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención

Si forma parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted pagará todos los costos derivados de su participación en el estudio.

L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

M. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención médica no médica

M1. Definición de institución religiosa de atención médica no médica

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

Este beneficio es solo para servicios para pacientes hospitalizados de Medicare Part A (servicios de atención médica no médica).

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

Para recibir atención de una institución religiosa de atención médica no médica, debe firmar un documento legal que estipule que se opone a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- “El tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención o tratamiento que sea **voluntario y no esté requerido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y se requiera** bajo 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.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria de pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada
  - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o de lo contrario su estadía **no** estará cubierta.

Los límites de cobertura de Medicare se aplican tal como se describen en el **Capítulo 4** bajo Atención Hospitalaria para Pacientes Hospitalizados.

N. Equipo médico duradero (DME)

N1. DME como miembro de nuestro plan

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

Usted siempre es dueño de algunos artículos de DME, tales como las prótesis.

Otros tipos de DME debe rentarlos. Como miembro de nuestro plan, por lo general usted **no** será el dueño de los artículos de DME rentados, sin importar cuánto tiempo los rente.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo de DME a usted. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de la página para obtener más información

Incluso si tuvo DME por hasta 12 meses consecutivos bajo Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será el dueño del equipo.

N2. Propiedad del DME si cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que rentan ciertos tipos de DME se convierten en dueñas de los mismos después de 13 meses. En un plan de Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben rentar ciertos tipos de DME antes de convertirse en dueñas de los mismos.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos bajo Original Medicare, o tendrá que hacer la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan MA, para ser el dueño del artículo de DME si:

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

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

- Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos bajo Original Medicare o una cantidad de nuevos pagos consecutivos establecidos por el plan MA para ser el dueño del artículo de DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA

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

Si califica para equipos de oxígeno cubiertos por Medicare, nosotros cubrimos:

- la renta del equipo de oxígeno;
- la entrega de oxígeno y del contenido de oxígeno;
- la tubería y los accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y del contenido de oxígeno;
- el mantenimiento y las reparaciones del equipo de oxígeno.

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

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

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

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de rentarlo por 36 meses**, su proveedor debe proporcionar:

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

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

- Su proveedor ya no tiene que suministrarlo, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Usted renta a un proveedor por 36 meses.
- Luego, su proveedor suministra el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses
- Un nuevo ciclo comienza cada cinco años mientras el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan, cualquier restricción o límite en esos servicios y cuánto paga por cada servicio. Los miembros elegibles no pagan por los servicios cubiertos. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice de Contenido

A. Sus servicios cubiertos 68

B. Reglas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores 68

C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan 68

D. Tabla de Beneficios de nuestro plan 71

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan..... 154

E1. Servicios de agencias estatales 154

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o MassHealth (Medicaid)..... 154

A. Sus servicios cubiertos

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

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

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su Administrador de Atención y/o a Servicios para Miembros al 1-855-670-5934 (TTY: 711).

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

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

Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* o llame a Servicios para Miembros.

C. Acerca de la Tabla de Beneficios de nuestro plan

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

Pagamos por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos descritos a continuación.

- Proporcionamos servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid) de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid).-
- Los servicios *(incluidos la atención médica, los servicios de salud conductual y trastornos por uso de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, el equipo y los medicamentos*) deben ser “médicamente necesarios”. El término médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual Esto incluye la atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen

con los estándares aceptados de la práctica médica. Además, un servicio se considera médicamente necesario si puede ayudarle a mejorar, mantenerse igual o mejorar su salud o funcionamiento diario, o prevenir que su salud o funcionamiento empeore si la atención se retrasa, se reduce o no se proporciona.

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

- Usted recibe su atención de un proveedor de la red Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que sea una emergencia o atención médica necesaria con urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* tiene más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.

- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP u otros proveedores en la red de nuestro plan. A esto se le llama una remisión. El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* tiene más información sobre cómo obtener una remisión y cuándo **no** la necesita.

- Cubrimos algunos servicios enumerados en la Tabla de Beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Marcamos los servicios cubiertos en la Tabla de Beneficios que necesitan PA letra ***negrita y cursiva***.

- Si nuestro plan otorga la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida por el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor tratante.

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte a su manual Medicare & Usted (Medicare & You) 2027 Véalo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.)

- Si Medicare agrega cobertura para nuevos servicios durante 2027, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

- Si pierde su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) pero se espera que la recupere dentro de un mes, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para MassHealth (Medicaid). Si no puede recuperar MassHealth (Medicaid) dentro de un período de un mes, lo daremos de baja de Tufts Health Plan Senior Care Options Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de ser dado de baja, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

D. Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	**Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal** Pagamos por una prueba de detección por ultrasonido realizada una sola vez para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ella por parte de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	$0
	Acupuntura Pagamos por los servicios de acupuntura: • para tratar el dolor; • como parte del tratamiento para el trastorno por uso de sustancias SUD; y • para las visitas al consultorio relacionadas con la evaluación y la planificación del tratamiento. Requerimos aprobación previa después de 20 tratamientos de acupuntura en cada año para el tratamiento del dolor o el trastorno por consumo de sustancias (SUD). Su proveedor también puede cambiar o detener su plan de tratamiento si usted no mejora después de los primeros cuatro tratamientos. Para el dolor lumbar crónico, pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días. El dolor lumbar crónico se define como aquel que: • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una cirugía. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	***Es posible que se requiera autorización previa para servicios de acupuntura a partir de 20 visitas.*** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Acupuntura (continuación) También pagaremos por ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra una mejoría en las primeras 12 visitas. Los tratamientos de acupuntura deben detenerse si usted no mejora o si empeora. Requisitos de los proveedores: Los médicos pueden realizar la acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PAs), enfermeros practicantes (NPs)/especialistas en enfermería clínica (CNSs) y el personal auxiliar pueden realizar la acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con: • un título de nivel de maestría o doctorado en acupuntura u Orient Medicine de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y, • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Commonwealth (es decir., Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realice la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones. **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 brindados por un acupunturista con licencia. Consulte Atención de la salud conductual para pacientes ambulatorios en esta tabla para obtener información adicional sobre los beneficios de la acupuntura.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de salud diurna para adultos El plan cubre los servicios de los proveedores de salud diurna para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: ● servicios de enfermería y supervisión de la salud ● terapia ● asistencia con las actividades de la vida diaria ● servicios nutricionales y dietéticos ● servicios de consejería ● actividades ● administración de casos ● transporte	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0
	Servicios de acogida para adultos en un entorno residencial El plan cubre servicios de proveedores de acogida para adultos en un entorno residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: ● asistencia con las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal ● supervisión ● supervisión de enfermería	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
🍎	**Detección y consejería sobre el abuso de alcohol** Pagamos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusan del alcohol pero que no dependen de él. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de consejería cara a cara cada año (si se encuentra capacitado y alerta durante la consejería) con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	$0
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará hasta el centro más cercano que pueda atenderlo. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En los casos que no sean emergencias, es posible que paguemos una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia están cubiertos en todo el mundo. Para obtener más información sobre los servicios de transporte que no son de emergencia cubiertos por nuestro plan, consulte **las secciones Transporte no médico médicamente necesario y Transporte (para fines no médicos)** que se enumeran más adelante en esta tabla.	***Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de ambulancia que no son para casos de emergencia.*** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Examen físico anual El examen físico anual es un examen más a fondo que la consulta 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.	$0
	Consulta anual de bienestar Puede hacerse un chequeo anual. Esto es para crear o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos por esto una vez cada año calendario. **Note:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita de **"Bienvenido a Medicare"** . Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de **Bienvenido a Medicare** para obtener visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Part B durante 12 meses.	$0
	Servicios de audiólogo El plan cubre exámenes y evaluaciones del audiólogo (auditivos)	$0 No se necesita un referido para un examen auditivo de rutina anual, pero debe atenderse con un proveedor del plan.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Medición de la masa ósea Pagamos por ciertos procedimientos para los miembros que califiquen (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad del hueso. Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico revise los resultados y haga comentarios sobre ellos.	$0
	Exámenes de detección del cáncer de mama (mamografías) Pagamos por los siguientes servicios: • una mamografía de detección cada 12 meses • exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación cardíaca. Pagamos por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como ejercicio, educación y consejería. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y contar con una remisión del médico. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de las siguientes afecciones: • ataque cardíaco en los últimos 12 meses • cirugía de bypass de arteria coronaria • angina de pecho estable (dolor en el pecho) • reparación o reemplazo de válvula cardíaca • angioplastia coronaria (procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de stent coronario (procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • trasplante de corazón o de corazón y pulmón • insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones por día (cada una de una hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que pueden distribuirse durante un período de tiempo más largo. También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el **Capítulo 3** , Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (corazón) (terapia para la enfermedad cardíaca) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su médico puede: • analizar el uso de aspirina, • revisar su presión arterial, **y/o** • brindarle consejos para asegurarse de que se está alimentando bien.	$0
	Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular (corazón) Pagamos por análisis de sangre para verificar si hay enfermedad cardiovascular once veces cada cinco años (60 meses) Estos análisis de sangre también verifican si hay defectos debidos al alto riesgo de enfermedad cardíaca.	$0
	Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Pagamos por los siguientes servicios: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para las mujeres que tienen un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de quiropráctico Pagamos por los siguientes servicios: • evaluación quiropráctica inicial • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación, visitas al consultorio y servicios de radiología • tratamiento de manipulación quiropráctica y servicios de radiología Cubrimos hasta 20 visitas al consultorio para el tratamiento de manipulación quiropráctica por año bajo el beneficio de MassHealth Standard (Medicaid)	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Exámenes de detección de cáncer colorrectal Pagamos por los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene ninguna limitación de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (diez años) para pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tengan un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando han pasado 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección después de que hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • La sigmoidoscopia flexible para pacientes se cubre una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Se cubre una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes 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 tres 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 tres años. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Prueba de detección del cáncer colorrectal (continuación) • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces y cubierta por Medicare devuelva un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implique la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento provisto en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
	Servicios basados en la comunidad: servicios adicionales • servicios de tareas domésticas • servicios de acompañamiento • Atención Dirigida por el Consumidor, que ofrece a los miembros la opción de contratar, administrar y despedir a los trabajadores cuando reciben servicios basados en la comunidad. • atención diurna social y para la demencia • compra y entrega de comestibles • servicio de ayuda doméstica • comidas con entrega a domicilio • servicio de lavandería • servicios de cuidado personal • sistemas personales de respuesta ante emergencias (PERS) • sistema de respuesta ante. Consulte la sección sobre **Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan** más adelante en este Capítulo 4 para conocer otros servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Antes de que reciba servicios comunitarios, debe analizarlos con el Administrador de Atención del Plan. Si necesita servicios de un centro de enfermería especializada, atención a largo plazo o servicios basados en el hogar y la comunidad, su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) lo dirigirá a un subgrupo de

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios basados en la comunidad: servicios adicionales (continuación)	los centros de nuestra red de Tufts Health Plan SCO, que pueden coordinar mejor su atención y satisfacer sus necesidades individuales. Usted trabajará con su ICT para seleccionar un centro de entre las opciones identificadas.
	Servicios de centros de salud comunitarios El plan cubre los servicios de un centro de salud comunitario. Los ejemplos incluyen lo siguiente: ● visitas al consultorio para el proveedor de atención primaria y especialistas ● ginecólogo ● educación sobre la salud ● servicios sociales médicos ● servicios de nutrición, que incluyen capacitación para el automanejo de la diabetes y terapia nutricional médica ● servicios para dejar de fumar ● vacunas no cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, MDPH)	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios diurnos de habilitación El plan cubre un programa de servicios ofrecido por proveedores de habilitación diurna si usted califica debido a que tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo. En este programa, usted desarrolla un plan de servicios que incluye sus metas y objetivos, así como las actividades que le ayudarán a alcanzarlos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: ● servicios de enfermería y supervisión de la atención médica ● capacitación en habilidades para el desarrollo ● servicios de terapia ● capacitación en habilidades para la vida/actividades de la vida diaria para adultos	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0
	Servicios dentales El plan cubre atención de salud oral preventiva, restauradora y de emergencia. Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula, o los exámenes orales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: <u>Servicios preventivos y de diagnóstico:</u> • Servicios preventivos (limpiezas) • Examen de rutina • Radiografías <u>Restauración:</u> • Empastes • Coronas • Terapia de endodoncia • Apicectomía y cirugía perirradicular **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	***Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentales cubiertos por Medicare.*** $0 Podría necesitar una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios dentales cubiertos por Medicare. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios dentales (continuación) Periodoncia: • Gingivectomía o gingivoplastia • Eliminación de sarro periodontal y raspado de raíz Prostodoncia, removible: • Dentadura postiza total • Dentadura postiza parcial • Delineado de dentadura postiza total Prostodoncia, fija Cirugía bucal y maxilofacial: • Extracciones (sacar dientes) • Algunas cirugías bucales, como biopsias y cirugías de tejidos blandos • Alveoloplastia • Cirugía bucal y maxilofacial Consultas de atención de emergencia	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. Para buscar un proveedor dental, visite www.thpmp.org/sco-dentist-search.
	Exámenes de detección de depresión Pagamos por una prueba de detección de depresión cada año. Los exámenes de detección deben realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Exámenes de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye análisis de glucosa en ayunas) si usted tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre (glucosa) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si usted tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede calificar para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses siguientes a la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.	$0
Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes Pagamos por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para monitorear su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas de glucosa en sangre ○ dispositivos de lanceta y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético, pagamos por lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluidos los insertos), incluyendo la adaptación, y dos pares extras de insertos cada año calendario, **o** **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 La cobertura de los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas de glucosa en sangre se limita a los productos Accu-Chek fabricados por Roche Diabetes Care, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas o las soluciones de control de la glucosa.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes (continuación) ○ un par de zapatos de profundidad, incluyendo la adaptación, y tres pares de insertos cada año (sin incluir los insertos removibles no personalizados provistos con dichos zapatos) • El plan cubre dos pares adicionales de zapatos terapéuticos a medida mediante los beneficios de MassHealth (Medicaid) para miembros que tienen enfermedad grave del pie diabético y cumplen con los requisitos definidos por Medicare. La cobertura incluye el ajuste. • En algunos casos, pagamos por capacitación para ayudarle a manejar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. **Note:** Para la atención del pie relacionada con la diabetes, consulte **Servicios de Podología** en esta tabla.	La cobertura de los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos se limita a los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME). Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y sistemas de monitoreo continuo y terapéutico de glucosa, también tienen cobertura en farmacias minoristas participantes y de pedido por correo.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro* para obtener la definición de "Equipo médico duradero (DME)". Cubrimos los siguientes artículos, incluyendo las piezas de repuesto y las reparaciones: • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchones motorizados • suministros para diabéticos • camas médicas solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y poste • dispositivos generadores de voz • equipos de oxígeno y suministros • nebulizadores • andadores • bastón estándar de mango curvo o de cuatro patas y suministros de repuesto • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo de atención de diálisis Otros artículos pueden estar cubiertos. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Pagamos por todo el DME médicamente necesario por el que Medicare y MassHealth (Medicaid) usualmente pagan. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. Nota: • Para tener cobertura, el artículo/suministros debe estar **cubierto por el plan**; **ser médicamente necesario**; ser provisto por un **proveedor de DME de la red**; y, en algunos casos, tener una **autorización previa** registrada. • 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.	

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Atención de emergencia. Atención de emergencia significa servicios que son: • brindados por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, • necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina podría esperar que resulte en: • un riesgo grave para su vida; **o** • un daño grave a las funciones corporales; **o** • la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. La cobertura incluye servicios de paciente hospitalizado y ambulatorio, 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 condición médica estable o para mejorar o solucionar la condición médica 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. Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de emergencia.	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su emergencia se haya estabilizado, debe hacer que la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red sea autorizada por el plan.
	Coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) Coordinación de la evaluación a domicilio y de los servicios en el hogar provistos por un trabajador social con licencia mediante un Punto de Acceso de Servicios para Personas Mayores (Aging Services Access Point, ASAP).	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Grupo de acogida para adultos en un entorno residencial El plan cubre servicios proporcionados por proveedores de acogida para adultos en un entorno residencial grupal para miembros que califiquen. Estos servicios se ofrecen en un entorno de vivienda con apoyo grupal y pueden incluir lo siguiente: ● asistencia con las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal ● supervisión ● supervisión de enfermería ● gestión de la atención	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0
	**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 salud, según la disponibilidad. Es posible que se requieran costos adicionales. Comuníquese con su centro local de YMCA para obtener más detalles. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Asignación para la salud y el bienestar (continuación) • 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 acondicionamiento físico guiadas por un instructor, tales como yoga, Pilates, Tai Chi y aeróbics. • Participación en clases de acondicionamiento físico guiadas por un instructor en línea o tarifas de membresía para suscripciones de acondicionamiento físico en línea, tales como Peloton. • Membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificado. Un club de salud o un centro de acondicionamiento físico calificado proporciona equipos para ejercicios de entrenamiento cardiovascular y de fuerza en el lugar. Este beneficio no cubre las tarifas de membresía que usted pague a gimnasios o centros de acondicionamiento físico no calificados, incluidos, entre otros, centros de artes marciales; centros de gimnasia; clubes de campo, clubes deportivos y clubes sociales; y para actividades deportivas como el golf y el 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). 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 de acondicionamiento para la memoria • el Programa Acondicionamiento Físico para su Vida (Fit For Your Life) **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	El plan le reembolsa hasta $200 por año calendario para actividades, artículos y/o programas elegibles. Usted paga todos los cargos que superen $200 por año calendario. El impuesto sobre ventas no es reembolsable. 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.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Asignación para la salud y el bienestar (continuación) • el Programa de Conducción para Personas de la Tercera Edad (AAA Senior Driving) de la Asociación Americana del Automóvil (AAA por sus siglas en inglés) Para obtener este reembolso, envíe un formulario de reembolso de la Asignación de Bienestar junto con el comprobante de pago y cualquier información adicional detallada en el formulario. El comprobante 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/forms. Envíe el formulario completado con cualquier documento requerido a la dirección que se muestra en el formulario. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros. **Programa de Control de Peso** El Plan cubrirá las tarifas del programa para programas 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 suministros. Para obtener este reembolso, envíe un formulario de reembolso de Control de Peso junto con el comprobante de pago y cualquier información adicional detallada en el formulario El comprobante 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/forms. Envíe el formulario llenado con todos los documentos solicitados a la dirección que figura en el formulario. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.	El plan reembolsará a los miembros hasta $200 por año calendario para las tarifas de programas de pérdida de peso. El impuesto sobre ventas no es reembolsable. Las solicitudes de reembolso deben ser recibidas por Tufts Health Plan Senior Care Options a más tardar el 31 del año siguiente.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de audición, incluidos aparatos auditivos Pagamos las pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan también cubre lo siguiente: ● Examen auditivo de rutina todos los años calendario ● suministro y entrega de aparatos auditivos, baterías y accesorios ● instrucción sobre el uso, cuidado y manejo de aparatos auditivos ● moldes para el oído ● impresiones de oído ● préstamo de un aparato auditivo, cuando sea necesario ● cubre un audífono por oído por miembro cada 60 meses.	$0 No se necesita un referido para un examen auditivo de rutina anual, pero debe atenderse con un proveedor del plan.
🍎	**Exámenes de detección del VIH** Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: ● soliciten una prueba de detección de VIH, **o** ● tengan un mayor riesgo de contraer una infección por VIH.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de una agencia de atención médica a domicilio Antes de que pueda recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser brindados por una agencia de atención médica a domicilio. Pagamos por los siguientes servicios brindados por la agencia de atención médica a domicilio, y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: ● servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica a domicilio a tiempo parcial, intermitentes o continuos (para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistente de atención médica a domicilio deben sumar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana) ● administración de medicamentos ● terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla ● servicios médicos y sociales ● equipos y suministros médicos. ● asistencia con las actividades de la vida diaria	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.
	Servicios de asistente de atención médica a domicilio El plan cubre los servicios de un asistente de atención médica a domicilio, bajo la supervisión de un RN con licencia u otro profesional, para los afiliados que califiquen. Los servicios pueden incluir lo siguiente: ● cambios de vendajes simples ● asistencia con los medicamentos ● actividades para apoyar terapias especializadas ● cuidado de rutina de aparatos ortopédicos y prótesis	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Terapia de infusión a domicilio Nuestro plan paga por la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados en una vena o aplicados debajo de la piel y provistos a usted en su hogar. Lo siguiente es necesario para realizar la infusión a domicilio: • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; **y** • suministros, como tuberías o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación del miembro no incluidas ya en el beneficio de DME; • monitoreo remoto; **y** • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio provistos por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio.	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de relevo médico para personas sin hogar Usted tiene acceso a apoyo antes y después de una colonoscopia para prepararse y recuperarse después de un procedimiento de colonoscopia. Usted tiene acceso a apoyo de recuperación después de problemas médicos agudos, administración de casos y navegación de salud y remisiones para abordar otras necesidades médicas y sociales, y apoyo de planificación para la transición a entornos en la comunidad.	$0
	Atención de hospicio Usted tiene derecho a elegir los servicios de hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos. Puede obtener atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a buscar programas de hospicio certificados por Medicare dentro del área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos 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 tratar los síntomas y el dolor • Atención de relevo a corto plazo • atención domiciliaria Cuando es admitido en un hospicio, usted tiene derecho a permanecer en nuestro plan. • Si opta por recibir su atención de hospicio en un centro de enfermería, Tufts Health Plan Senior Care Options cubrirá el costo de alojamiento y comida	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de hospicio y los servicios de Part A y Part B relacionados con el pronóstico terminal, no Tufts Health Plan Senior Care Options. Si no tiene cobertura de Medicare, los servicios de cuidados de hospicio están cubiertos por los beneficios de Tufts Health Plan Senior Care Options.

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Atención de hospicio (continuación) **Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B que se relacionen con su pronóstico terminal y se facturen a Medicare:** • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Part A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. Usted no pagará nada por estos servicios. **Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B:** • Nuestro plan cubre los servicios no cubiertos bajo Medicare Part A o Medicare Part B. Cubrimos los servicios independientemente de si se relacionan o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Para los medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de nuestro plan:** • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*. **Nota**: Si necesita atención que no sea de hospicio, llame a su Administrador de Atención y/o a Servicios para Miembros para organizar los servicios. La atención que no es de hospicio es aquella que **no** está relacionada con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Vacunas Pagamos por los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en el otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario • vacunas contra la hepatitis B si nunca recibiste una serie completa, no conoces tu historial de vacunación o tienes alguna otra condición que te ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19. • otras vacunas si se encuentra en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Part B Pagamos por otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.	$0
	Enfermería independiente El plan cubre la atención de un profesional de enfermería independiente en su hogar. Esto incluiría una visita de enfermería de más de dos horas continuas de servicios de enfermería para personas que viven en la comunidad.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de salud conductual para pacientes hospitalizados Servicios para pacientes hospitalizados, tales como: ● servicios de salud mental para pacientes hospitalizados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda ● servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes hospitalizados ● camas de observación/retención ● servicios diurnos administrativamente necesarios ● Para los servicios de salud conductual/trastornos por uso de sustancias para pacientes hospitalizados, es posible que se le solicite utilizar el hospital designado por su médico de atención primaria (PCP/ICT) para servicios de salud conductual. Esto puede requerir un traslado desde el hospital que su PCP/ICT utiliza para servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para servicios de salud conductual. Bajo este plan, no hay un límite de por vida en la cantidad de días que un miembro puede pasar en un centro de atención de salud conductual para pacientes hospitalizados.	$0
	Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye hospitales de atención aguda y de rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted es ingresado formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente hospitalizado. Para la atención en un hospital general de atención aguda, usted está cubierto por la cantidad de días que sea médicamente necesario; no hay límite. Los períodos de beneficio de Medicare no se aplican a estadías en hospitales de atención aguda. Para la atención en un hospital de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo, usted está cubierto hasta 90 días por cada período de beneficio. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	***Es posible que se requiera autorización previa.*** ***No se requiere autorización previa para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por motivos de salud conductual, como los servicios para pacientes hospitalizados con trastorno por consumo de sustancias.*** $0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) Puede usar sus 60 días de reserva de por vida para complementar la atención en un hospital de rehabilitación o de atención de 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. Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • habitación compartida (o una habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería regulares • costos de las unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios • medicamentos y fármacos • análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, tales como sillas de ruedas • servicios de quirófano y de recuperación • terapia física, ocupacional y del habla • servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes hospitalizados • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	Usted debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención de pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se haya estabilizado.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) • Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso por parte de un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros proveedores locales de trasplante están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, puede recibir dicho servicio a nivel local o fuera del perímetro de atención de la comunidad. Si Tufts Health Plan Senior Care Options brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir sus trasplantes en ese lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de viaje de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. • sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de paquetes de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite debido a que cuenta con la cobertura de MassHealth Standard. • servicios médicos **Nota:** Para ser considerado un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios Hospitalarios de Medicare (Medicare Hospital Benefits)*. Esta hoja informativa está disponible en la web en es.medicare.gov/publications/11435-S-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 a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Pagamos por los servicios de atención de salud mental que requieran una estadía hospitalaria.	$0

	Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta
	
	Pagamos por los siguientes servicios mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería, y tal vez por otros servicios que no se enumeran aquí:
	• servicios médicos
	• pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio
	• terapia de radiación, radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios de los técnicos
	• apósitos quirúrgicos
	• férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones
	• prótesis y aparatos ortopédicos, distintos de los dentales, incluidos el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos Estos son dispositivos que reemplazan todo o parte de:
	  ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), **o**
	  ○ la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal
	• aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en su afección
	• fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional
		$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	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. Se hace seguimiento a los miembros de SCO durante toda la progresión de la salud, incluso el tiempo que permanecen 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 de la mejor manera sus necesidades específicas mientras recibe atención en un entorno institucional. Los miembros del equipo pueden incluir a una enfermera practicante o administradores de atención y especialistas asignados por el médico, basados en el centro y basados en la comunidad Usted trabajará con su Equipo de Atención Interdisciplinaria para seleccionar un centro de entre 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.	Usted paga $0 por los servicios cubiertos a menos que MassHealth (Medicaid) determine que tiene una Cantidad Pagada por el Paciente (PPA, por sus siglas en inglés) mensual de la cual es responsable. Debe pagar la PPA directamente al centro de enfermería.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios y suministros para la enfermedad renal Pagamos por los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener la enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe remitirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis ambulatoria, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial • Capacitación para la autodiálisis, incluida la capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis a domicilio • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo a domicilio, tales como las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis a domicilio, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y el suministro de agua. • Laboratorio • Cambio de tubo y adaptador • Hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal cíclica continua y diálisis peritoneal continua ambulatoria Medicare Part B paga algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de Medicare Part B” en esta tabla.	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Nuestro plan paga por la detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 65-77 años de edad, **y** • Tiene una visita de consejería y de toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, **y** • ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente, o ha dejado de fumar dentro de los últimos 15 años Después de la primera detección, nuestro plan paga por otra detección cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor opta por brindar una visita de consejería y toma de decisiones compartida para las detecciones de cáncer de pulmón posteriores, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	$0
Terapia de nutrición médica El plan cubre servicios de consejería y terapia de diagnóstico nutricional para ayudarle a controlar una afección médica (como la diabetes o la enfermedad renal).	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Transporte no médico médicamente necesario El plan cubre el transporte que usted necesite por razones médicas que no sean emergencias. Esto incluye servicios de automóvil con silla, taxi, transportistas comunes y servicios de ambulancia (terrestre) según sea necesario para ayudarle a llegar a un servicio que pagamos (dentro o fuera del estado). Pagamos por el transporte en ambulancia, taxi y automóvil con silla para citas médicas que no sean de emergencia, incluidos los viajes a su YMCA local cuando sea médicamente necesario y esté incluido en su plan de atención. Para pedir el transporte a las citas médicas, llame a ModivCare al 1-855-251-7092 en horario de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-288-3133. 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.	$0 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 se enumeran en la parte inferior de la página).
🍎	**Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)** Nuestro plan paga por los servicios del MDPP para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a incrementar los comportamientos saludables. Proporciona formación práctica en: • cambios en la dieta a largo plazo, **y** • aumento en la actividad física, **y** • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Part B Estos medicamentos están cubiertos por la Part B de Medicare. Nuestro plan paga por los siguientes medicamentos: ● medicamentos que usualmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, de hospital ambulatorio o de centro de cirugía ambulatoria ● insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) ● otros medicamentos que tome utilizando un equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan haya autorizado ● el medicamento para el Alzheimer Leqembi® (lecanemab genérico) que se administra por vía intravenosa (IV). Además de los costos de la medicación, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento. Hable con su médico sobre qué evaluaciones y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento. ● factores de coagulación que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia ● medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Part A en el momento del trasplante cubierta y debe tener la Part B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Part B no los cubre ● medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos por estos medicamentos si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo **Este beneficio continúa en la siguiente página**	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Los medicamentos de la Part B pueden estar sujetos a los requisitos de la Terapia Escalonada, incluidos los de Part B a Part B, Part B a Part D, y Part D a Part B.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Part B (continuación) ● 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 contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ser ingerida, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que vayan apareciendo nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Part B podrá cubrirlos. Si Part B no los cubre, Part D sí lo hará. ● medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se utilicen como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, al momento de, o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas ● ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) cubiertos bajo Medicare Part B ● medicamentos calcimiméticos y ligantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar ● ciertos medicamentos para la diálisis a domicilio, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos ● agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si usted tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (tales como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) • inmunoglobulina IV para el tratamiento a domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) • medicamentos para quimioterapia Categorías de Medicamentos de Part B para Terapia Escalonada: • enfermedades raras • autoinmunes • preparaciones de hierro, parenterales • oncología • oncología, de apoyo • trastornos de la retina • inyección de acetónido de triamcinolona • viscosuplementos • toxinas botulínicas • trastornos endocrinos El siguiente enlace le lleva a una lista de medicamentos de Medicare Part B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://www.point32health.org/provider/medical-benefit-drug-medical-necessity-guidelines/ También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra cobertura de Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de Medicare Part D. **El Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas. **El Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* explica lo que debe pagar por los medicamentos a través de nuestro plan.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención en centros de enfermería Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación compartida (o una habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como los factores de coagulación sanguínea). • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos que usualmente brindan los centros de enfermería • análisis de laboratorio que usualmente realizan los centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que usualmente brindan los centros de enfermería • uso de aparatos, tales como sillas de ruedas que usualmente brindan los centros de enfermería • servicios de médicos/profesionales de la salud • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	***Es posible que se requiera Autorización Previa.*** Usted pagará $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). Los miembros de SCO reciben un seguimiento a lo largo de todo el proceso de salud, incluyendo cualquier período de tiempo transcurrido en un centro de enfermería especializada y/o en un centro de atención a largo plazo. Tufts Health Plan Senior Care Options lo dirigirá a centros seleccionados para administrar mejor sus necesidades

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Atención en centros de enfermería (continuación) • beneficios de la vista • exámenes de audición • atención quiropráctica • servicios de podología Por lo general, usted recibe su atención en los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir su atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o comunidad de retiro de atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en centros de enfermería). • un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho al momento en que usted salga del hospital.	específicas mientras recibe atención en un entorno institucional. Los miembros del equipo pueden ser una enfermera practicante o médico asignado, administradores de atención en el centro o la comunidad y especialistas. Usted trabajará con su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) para seleccionar un centro de entre las opciones identificadas. Las exclusiones incluyen casos en los que un familiar cercano vive en el centro que usted solicita o si actualmente vive en un centro y se une a nuestro programa SCO.
🍎	**Detección de obesidad y terapia para mantener el peso bajo** Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por la consejería para ayudarle a perder peso. Debe recibir la consejería en un entorno de atención primaria. De esa manera, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTP) Nuestro plan paga por los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (OUD) a través de un OTP, el cual incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) y, si procede, gestionarle y entregarle estos medicamentos • consejería para el trastorno por consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas para detectar medicamentos o productos químicos en su cuerpo (pruebas de toxicología)	$0
	Servicios ortopédicos El plan cubre aparatos ortopédicos (no dentales) y otros dispositivos mecánicos o moldeados para apoyar o corregir la forma o función del cuerpo humano.	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • Radiografías • terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • suministros quirúrgicos, tales como apósitos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • sangre, incluido el almacenamiento y la 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). • pruebas diagnósticas no de laboratorio, tales como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar una afección médica • otras pruebas diagnósticas ambulatorias	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0
	Medicamentos ambulatorios Lea el **Capítulo 5** para obtener información sobre los beneficios de medicamentos, y el **Capítulo 6** para obtener información sobre lo que paga por los medicamentos.	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Observación hospitalaria ambulatoria Pagamos por servicios de observación hospitalaria ambulatoria para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando son ordenados por un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del hospital para admitir pacientes o solicitar pruebas ambulatorias **Nota**: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si permaneces en el hospital durante la noche, podrías seguir siendo considerado ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios Hospitalarios de Medicare (Medicare Hospital Benefits)* disponible en es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Pagamos por los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica de pacientes ambulatorios, tales como cirugía ambulatoria o servicios de observación • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento para pacientes hospitalizados sin este • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos, tales como férulas y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no pueda administrarse usted mismo	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.
	Atención de salud conductual para pacientes externos Pagamos por los servicios de salud conductual proporcionados por: • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico (CSW, por sus siglas en inglés); • un especialista en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés) • un consejero profesional con licencia (LPC, por sus siglas en inglés) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT por sus siglas en inglés) • un enfermero practicante (NP, por sus siglas en inglés) • un asistente médico (PA, por sus siglas en inglés) • cualquier otro profesional de la salud conductual calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0 Es posible que se requiera una remisión de su PCP antes de recibir los servicios de visita para Medicamentos y Terapia de Reemplazo de Opioides. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención ambulatoria de salud conductual, (continuación) El plan cubre servicios que incluyen: ● tratamiento individual, grupal y de pareja/familiar ● visita para medicamentos ● evaluación diagnóstica ● consulta familiar ● consulta de caso ● consulta psiquiátrica en una unidad médica de pacientes hospitalizados ● visita puente entre paciente hospitalizado y ambulatorio ● tratamiento de acupuntura ● terapia de reemplazo de opioides ● desintoxicación ambulatoria (Nivel II.d) ● pruebas psicológicas ● Terapia Dialéctico Conductual ● Servicios de Salud Mental e Intervención en Crisis Basados en el Departamento de Emergencias ● terapia electroconvulsiva ● Estimulación Magnética Transcraneal Repetitiva (rTMS por sus siglas en inglés) ● Acompañamiento especializado	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios ambulatorios de rehabilitación y terapia Pagamos por la fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje, y la evaluación integral relacionada, así como el tratamiento individual (incluyendo el diseño, la fabricación y la adaptación de un aparato ortopédico, prótesis u otro dispositivo de tecnología asistencial), la evaluación integral y la terapia grupal. Puede obtener servicios ambulatorios de rehabilitación y terapia en los departamentos de pacientes ambulatorios de los hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF) y otros centros.	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias La cobertura de Medicare Part 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. Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios que no se enumeran aquí: • detección y consejería sobre el abuso de alcohol • tratamiento del trastorno por uso de sustancias • consejería grupal o individual por parte de un médico clínico calificado • desintoxicación subaguda en un programa de recuperación residencial • servicios de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • tratamiento con Naltrexona de liberación prolongada (vivitrol)	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Cirugía ambulatoria Pagamos por la cirugía y los servicios ambulatorios en los centros de pacientes ambulatorios de los hospitales y en los centros quirúrgicos ambulatorios. El plan cubre los servicios de reasignación de género. Los servicios pueden incluir los siguientes: 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. **Note:** Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que todavía se le considere un paciente ambulatorio.	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	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” de OTC, Tufts Health Plan Senior Care Options brinda cobertura para los siguientes medicamentos de venta libre con receta (OTC Rx): 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 600 mg Se despacharán medicamentos de venta libre (OTC) que no sean de marca (genéricos) a menos que Tufts Health Plan Senior Care Options apruebe lo contrario. Consulte el formulario.	Usted pagará $0 por medicamentos OTC. Antes de que reciba medicamentos OTC, debe obtener una receta del proveedor tratante.
	Artículos de venta libre (OTC) + Artículos personales + Alimentos saludables: nueva tarjeta Instant Savings Con este beneficio, usted recibe créditos trimestrales en su **tarjeta Instant Savings.** La tarjeta se cargará con dos créditos separados cada trimestre para ayudarle a pagar los artículos elegibles, incluidas las marcas nacionales y de la tienda en las siguientes categorías: **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	Usted recibe una asignación trimestral de Medicare y una asignación trimestral de Medicaid separada en su tarjeta Instant Savings.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Artículos de venta libre (OTC) + Artículos de salud e higiene diaria + Alimentos saludables – Tarjeta Instant Savings (continuación) • alimentos saludables y comestibles aprobados por el plan, tales como alimentos frescos, productos lácteos, productos secos, cajas de productos agrícolas y bebidas; • medicamentos o artículos de venta libre (OTC) elegibles para Medicare, tales como suministros de primeros auxilios, atención dental, suministros para síntomas de resfriado y protección solar; • medicamentos o artículos de venta libre (OTC) elegibles para MassHealth (Medicaid), incluidos los de uso diario para el cuidado personal, la salud o la higiene, tales como champú, acondicionador y desodorante; y • otros artículos aprobados, tales como kits de prueba de COVID para el hogar, audífonos de venta libre (OTC), sábanas para camas de hospital y Naloxona (o Narcan) de venta libre (OTC). Los créditos se cargan el primer día de cada trimestre (en enero, abril, julio y octubre) y vencen el último día de cada trimestre (el 31 de marzo, el 30 de junio, el 30 de septiembre y el 31 de diciembre). Puede utilizar su **tarjeta Instant Savings** para pagar los artículos elegibles tal como se describe a continuación: **Compras en tiendas:** Deslice su **tarjeta Instant Savings** en las tiendas minoristas físicas participantes, incluidas CVS Pharmacy, Dollar General, Walmart, Walgreens, Stop & Shop, Star Market y Family Dollar Para obtener una lista completa de los comercios minoristas y las ubicaciones participantes, visite **thpmp.org/mybenefitscenter**. Seleccione “Locations” en la parte superior de la página de inicio para buscar las ubicaciones minoristas participantes cerca de usted. Cuando deslice su **tarjeta Instant Savings**, el costo de todos los artículos elegibles se deducirá automáticamente del saldo restante en su tarjeta para cada tipo de asignación. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	La asignación de Medicare de $165 por trimestre calendario es para artículos de OTC relacionados con la salud y aprobados por Medicare. Si el costo de los artículos de OTC aprobados por Medicare excede el límite del beneficio de $165 por trimestre calendario, usted es responsable de todos los costos adicionales. La asignación de Medicaid de $285 por trimestre calendario es para alimentos y bebidas y otros artículos personales cubiertos bajo su beneficio de MassHealth (Medicaid). Si el costo de los artículos aprobados excede el límite del beneficio de $285 por trimestre calendario, usted es responsable de todos los costos adicionales.

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Artículos de venta libre (OTC) + Artículos de salud e higiene diaria + Alimentos saludables – Tarjeta Instant Savings (continuación) Usted 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 para cada tipo de asignación al momento de la compra. Puede descargar y usar la aplicación móvil OTC Network® para realizar el seguimiento del saldo de su tarjeta y encontrar fácilmente artículos elegibles cuando compre en las tiendas minoristas participantes También puede usar la aplicación móvil OTC Network® para pagar artículos elegibles mediante la función Scan to Pay. La aplicación móvil OTC Network® está al alcance de su mano, las 24 horas al día, los siete días de la semana. **Compras en línea:** Vaya a **thpmp.org/mybenefitscenter**, inicie sesión con el número que figura en su **tarjeta Instant Savings** y su número de identificación de miembro de nueve dígitos de su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options. Puede buscar artículos elegibles, incluyendo marcas nacionales y de la tienda, haciendo clic en “Products” (productos) en la parte superior de la página de inicio. Para comprar en línea, seleccione “Locations” (ubicaciones) en la parte superior de la página de inicio, luego seleccione “Online” (en línea) en el panel izquierdo para ver los enlaces a **Amazon.com, CVS Health, Medline, Walmart.com** y **Walgreens.com**. Haga clic en el enlace del sitio donde desea comprar y siga las instrucciones a continuación para comprar en ese sitio. NOTA: Las compras en los sitios web de otros minoristas no califican. • **CVS Health** Ordene sus artículos en línea en el sitio de CVS Health o llame al **1-833-875-1816** de lun-vie, de 9 a.m.-11 p.m. y un representante de CVS Health tomará su pedido. • **Medline** Ordene sus artículos en línea en el sitio de Medline o llame al **1-833-569-2330** de lun-vie, de 8 a.m.-7 p.m. ET, y un representante de Medline tomará su pedido. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	Las dos asignaciones separadas no se pueden combinar. Esto significa que la asignación designada para artículos de OTC aprobados por Medicare no se puede utilizar para comprar alimentos y bebidas ni otros artículos personales, y viceversa. Para cada asignación, cualquier saldo no utilizado al final de un trimestre calendario no se transferirá al siguiente trimestre calendario y no se podrá utilizar para comprar artículos designados para la otra asignación.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Artículos de venta libre (OTC) + Artículos de salud e higiene diaria + Alimentos saludables – Tarjeta Instant Savings (continuación) • **Amazon.com** Ordene artículos elegibles en línea en health.amazon.com/OTCBenefits después de agregar su tarjeta Instant Savings a su billetera de Amazon. • **Walmart.com** Ordene 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** Ordene sus artículos en línea e **Walgreens.com**. Al momento de pagar, ingrese el número de su **tarjeta Instant Savings** donde se le solicite el número de tarjeta. CVS Health y Medline son sitios selectos donde únicamente puede comprar artículos elegibles. Los artículos de OTC pedidos en estos sitios en línea o por teléfono se entregarán sin tarifas de envío adicionales aproximadamente de 2-5 días después de recibir el pedido. Amazon.com, Walmart.com y Walgreens.com no son sitios seleccionados, por lo que podrá comprar tanto artículos elegibles como no elegibles. Sin embargo, solo podrá usar su **tarjeta Instant Savings** para pagar artículos elegibles hasta alcanzar el saldo en 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, se pueden aplicar tarifas de envío según el tamaño de su pedido, las cuales no estarán cubiertas por su **tarjeta Instant Savings**.	Nota para los afiliados existentes: Su tarjeta Instant Savings actual seguirá funcionando en 2027, así que no la deseche. Si pierde su tarjeta, llame a Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options y solicite un reemplazo.
	Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria El plan cubre servicios que incluyen sistemas de oxígeno, repuestos y la renta de equipos de terapia de oxígeno.	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos **La hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario ambulatorio o por medio de un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés) o consejero profesional con licencia. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital. **El servicio ambulatorio intensivo** es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual que se brinda como un servicio hospitalario ambulatorio, un centro comunitario de salud conductual, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. La programación de salud conductual a corto plazo está disponible los siete días de la semana y consiste en un tratamiento agudo terapéuticamente intenso dentro de un entorno terapéutico estable que incluye la gestión psiquiátrica diaria.	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios de asistente de cuidado personal El plan cubre servicios de asistente de cuidado personal para ayudarle con las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria si usted califica. Estos incluyen, por ejemplo: ● bañarse ● preparación de comidas y alimentación ● vestirse y arreglarse ● administración de medicamentos ● moverse de un lugar a otro ● ir al baño ● transferencias ● lavandería ● tareas domésticas Usted puede contratar a un trabajador por sí mismo para que le ayude con las tareas prácticas. El plan también puede pagar a un trabajador para que le ayude con otras tareas que no requieran ayuda práctica. Su Equipo de Atención Interdisciplinaria trabajará con usted para decidir si ese servicio es adecuado para usted y si se incluirá en su plan de atención.	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Antes de recibir servicios de Asistente de Cuidado Personal (PCA), primero debe hablar sobre estos servicios con el Administrador de Atención RN de su plan.

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico Pagamos por los siguientes servicios: • servicios de atención médica o de cirugía médicamente necesarios prestados en lugares tales como: o el consultorio del médico o un centro quirúrgico ambulatorio certificado o el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • exámenes básicos de audición y equilibrio prestados por su proveedor de atención primaria ***o*** especialista, si su médico los ordena para determinar si necesita tratamiento • servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros en diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación **Este beneficio continúa en la siguiente página**	***Es posible que se necesite autorización previa para algunos servicios.*** $0 Es posible que se requiera una remisión de su PCP antes de recibir servicios de especialistas en persona o a través de telesalud. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de la salud conductual • servicios de telesalud para visitas de salud conductual prestados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal. • servicios de telesalud prestados por terapeutas ocupacionales (OT), fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y del lenguaje (SLP) y audiólogos calificados. • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante cinco a diez minutos **si** ○ usted no es un paciente nuevo **y** ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos siete días **y** ○ el control no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible más cercana ○ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible más cercana • evaluación de videos y/o imágenes que usted envíe a su médico, así como la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**: ○ usted no es un paciente nuevo **y** ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días **y** **Este beneficio continúa en la siguiente página**	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico si usted no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para el tratamiento de radiación de la enfermedad de cáncer neoplásico, o los servicios que estarían cubiertos cuando los preste un médico) • Examen físico anual (un examen más a fondo que la consulta anual de bienestar). Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, tales como el corazón, los pulmones, la cabeza y el cuello; sistema/medición neurológica; registro de signos vitales como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria; una revisión completa de los medicamentos con receta; y una revisión de cualquier hospitalización reciente. Con cobertura una vez cada año calendario. • visitas de seguimiento al consultorio después del alta del hospital, de un SNF, de una estadía en Centros Comunitarios de Salud Conductual, de una observación ambulatoria o de una hospitalización parcial • servicios adicionales de telesalud no cubiertos por Medicare, que incluyen: o Servicios de médicos de atención primaria y otros profesionales del cuidado de la salud (asistentes médicos [PA, por sus siglas en inglés] y enfermeras practicantes [NP, por sus siglas en inglés]). o Servicios de médicos especialistas. o Sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud conductual o Sesiones individuales y grupales para servicios de psiquiatría **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) ○ Servicios del programa de tratamiento de opioides ○ Servicios de observación ○ Sesiones individuales y grupales para pacientes ambulatorios 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. ○ Servicios de rehabilitación pulmonar. ○ Servicios de hospitalización parcial. ○ Servicios ambulatorios intensivos. ○ Servicios de rehabilitación cardíaca. ○ Servicios de rehabilitación cardíaca intensivos. • la cobertura adicional de telesalud incluye únicamente consultas sincrónicas de audio y video con su médico utilizando un software de comunicación que cumpla con HIPAA • los servicios adicionales de telesalud están cubiertos con sus proveedores existentes desde cualquier ubicación, o con cualquier proveedor que tenga una remisión para una visita de telemedicina por parte 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	

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios de médicos y enfermeros practicantes El plan cubre los servicios de médicos y enfermeros practicantes. Estos incluyen, por ejemplo: ● visitas al consultorio de atención primaria y especialistas ● ginecólogo ● capacitación para el automanejo de la diabetes ● terapia nutricional médica ● servicios para dejar de fumar	***Es posible que se requiera autorización previa para ciertos servicios.*** $0 Es posible que se requiera una remisión de su PCP antes de recibir servicios de especialistas Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de podología. Pagamos por los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como el dedo en martillo o los espolones calcáneos) • atención de rutina del pie para miembros con afecciones que afectan las piernas, tales como la diabetes o la enfermedad vascular neurológica o periférica (estrechamiento o bloqueo de las arterias que llevan la sangre a los brazos y las piernas) Para la atención del pie relacionada con la diabetes, consulte "Capacitación, servicios y suministros para el automanejo de la diabetes" en esta tabla de beneficios.	$0 Es posible que se requiera una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés) para la prevención del VIH. Si no tiene el VIH, pero su médico u otro profesional de la atención médica determina que se encuentra en un riesgo mayor de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos **incluyen:** • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la tarifa por inyectar el medicamento, si corresponde. • Hasta ocho sesiones de consejería individual (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia al medicamento) cada 12 meses. • Hasta ocho pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B realizada una sola vez.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Exámenes de detección del cáncer de próstata Para hombres de 50 años de edad o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen rectal digital • una prueba de antígeno prostático específico (PSA)	$0
	Dispositivos prostéticos y ortopédicos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos (distintos de los dentales) reemplazan la totalidad o parte de una extremidad o función corporal. Estos incluyen, entre otros: • pruebas, adaptación o capacitación en el uso de prótesis y aparatos ortopédicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • aparatos ortopédicos • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis de seno (incluido un brasier quirúrgico después de una mastectomía) Pagamos por algunos suministros relacionados con prótesis y aparatos ortopédicos. También pagamos para reparar o reemplazar prótesis y aparatos ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte "Atención de la vista" más adelante en esta tabla para obtener más detalles.- **Nota:** o Para tener cobertura, el dispositivo/suministros debe estar **cubierto por el plan; ser médicamente necesario;** ser provisto por un **proveedor de DME o de Prótesis y Aparatos Ortopédicos (O&P) de la red**; y, en algunos casos, tener una **autorización previa** registrada. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prótesis y aparatos ortopédicos y suministros relacionados (continuación) o Para obtener ayuda para determinar si los dispositivos/suministros están cubiertos, y/o si se requiere autorización previa, y/o si un proveedor de DME o de Prótesis y Aparatos Ortopédicos (O&P) está en nuestra red, llame a Servicios para Miembros. La cobertura también incluye la evaluación, la fabricación y el ajuste de una prótesis. **Artículos para el tratamiento de linfedema con compresión** El plan cubre artículos para el tratamiento de linfedema con compresión por hasta 12 prendas y accesorios relacionados cada 6 meses para miembros con un diagnóstico de linfedema. Se necesita una receta de un médico para los artículos para el tratamiento de linfedema con compresión (o de un asistente médico, de una enfermera practicante o de un especialista en enfermería clínica). Los artículos para el tratamiento de compresión del linfedema para cualquier diagnóstico que no sea linfedema no están cubiertos. Un proveedor de equipos médicos duraderos, dispositivos protésicos y suministros prostéticos y ortopédicos (DMEPOS) inscrito debe suministrar estos artículos. Todos los proveedores, incluidos los fisioterapeutas y otros médicos que ofrezcan sistemas de vendado, deben estar inscritos como proveedores de DMEPOS para que se les pague por los artículos para el tratamiento de linfedema con compresión. Las siguientes categorías de artículos para el tratamiento de compresión para el linfedema tienen cobertura cuando se determina que son razonables y necesarios para el tratamiento del linfedema: o Prendas de compresión graduada estándar para el día o Prendas de compresión graduada personalizada para el día o Prendas de compresión graduada para la noche o Vendajes de compresión graduada con correas ajustables o Accesorios (por ejemplo, cierres, forros, acolchados o rellenos, etc.) necesarios para el uso eficaz de una prenda o envoltura de compresión de gradiente **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prótesis y aparatos ortopédicos y suministros relacionados (continuación) o Suministros para el vendaje de compresión o Otros artículos determinados por CMS como artículos de compresión para el linfedema **Insumos médicos** Artículos médicamente necesarios u otros materiales que se utilizan una sola vez y se desechan, o que de alguna manera se consumen. Incluye, entre otros: catéteres, gasas, suministros para apósitos quirúrgicos, vendajes, agua estéril y suministros para traqueostomía.	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0
	Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos por programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. Debe tener una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la COPD.	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener una derivación del PCP. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
🍎	**Monitoreo remoto de pacientes (RPM)** El uso de dispositivos médicos seleccionados que transmiten información digital de salud personal de manera sincrónica o asincrónica desde un paciente en riesgo a un proveedor tratante en una ubicación distante, lo que permite al proveedor responder al paciente y controlar su afección. El RPM está disponible para los miembros que cumplen con ciertos criterios clínicos.	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0
🍎	**Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C.** Cubrimos una prueba de detección de Hepatitis C si su **médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la ordena y usted cumple con una de estas condiciones:** • Tiene un riesgo alto porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945-1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos por una prueba de detección una sola vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, si ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de Hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de salud sexual y reproductiva La ley le permite elegir a cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Cuando corresponda, pagamos por los siguientes servicios: • consejería, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STIs) • consejería y pruebas para el VIH y el SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH • consejería genética Debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH	$0
🍎	**Detección y consejería sobre infecciones de transmisión sexual (STIs)** Pagamos por pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. También pagamos por hasta dos sesiones de consejería conductual cara a cara y de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STIs. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos por estas sesiones de consejería como un servicio preventivo únicamente si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Para obtener la definición de atención en centros de enfermería especializada, vaya al **Capítulo 12.** Usted está cubierto por hasta 100 días en cada período de beneficio bajo Medicare. No se requiere hospitalización previa. Si se le acaba su beneficio de Medicare, sigue teniendo cobertura de MassHealth Standard (Medicaid). Pagamos por los siguientes servicios, y tal vez por otros servicios que no se enumeran aquí: • una habitación compartida, o una habitación privada si es médicamente necesario • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería especializada • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, tales como los factores de coagulación sanguínea • sangre, incluido el almacenamiento y la 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) • insumos médicos y quirúrgicos suministrados por los SNF • análisis de laboratorio suministrado por los SNF • radiografías y otros servicios de radiología suministrados por los centros de enfermería. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • aparatos, tales como sillas de ruedas, que usualmente suministran los centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores Por lo general, usted recibe atención en SNF de los centros de la red. Bajo ciertas condiciones, es posible que pueda recibir su atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o comunidad de retiro de atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en centros de enfermería) • un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho al momento en que salga del hospital **Nota**: Se hace seguimiento a los miembros de SCO durante toda la progresión de la salud, incluso el tiempo que permanecen 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. 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 miembros del equipo pueden ser una enfermera practicante o médico asignado, administradores de atención en el centro o la comunidad y especialistas. Usted trabajará con su Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) para seleccionar un centro de entre las opciones identificadas.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dejar de fumar y de consumir tabaco La consejería para la cesación del tabaquismo y el uso de tabaco está cubierta para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • utilizan tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • están competentes y alerta durante la consejería • un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda la consejería Cubrimos dos intentos de cesación por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año). Cubrimos el asesoramiento, individual y en grupo, para dejar de fumar y el tratamiento farmacológico, que incluye la terapia de reemplazo de nicotina (NRT). 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 Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Si está listo para dejar de fumar o está pensando en hacerlo, pregúntele a su médico sobre el Massachusetts Tobacco Cessation and Prevention Program (MTCP), visite www.mass.gov/take-the-first-step-toward-a-nicotine-free-life o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669). • Revise el Formulario de Tufts Health Plan Senior Care Options para conocer los agentes para dejar de fumar que están cubiertos.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Terapia de ejercicio supervisado (SET) Pagamos por la SET para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Nuestro plan paga por: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • un adicional de 36 sesiones a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario El programa de SET debe consistir en: • sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicio terapéutico para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • en un entorno ambulatorio hospitalario o en el consultorio de un médico • ser brindado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicio para PAD • bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero practicante (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado en técnicas de soporte vital tanto básico como avanzado	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0 Es posible que se requiera una remisión de su PCP antes de recibir este servicio. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Transporte (para fines no médicos) Para fines no médicos, se ofrecen cuatro traslados de ida y vuelta al mes (hasta 48 viajes de ida y vuelta por año calendario). Limitado a 20 millas por tramo. Para programar el transporte hacia citas no médicas, llame a ModivCare al 1-855-251-7092 en el horario de 8 a.m. a 5 p.m. EST (hora del este), de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-288-3113. Las solicitudes de transporte hacia citas no médicas deben programarse con 2 días hábiles de anticipación a la cita como mínimo, sin contar el día de la llamada. Los servicios deben ser brindados 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 a los números indicados en el pie de página de este *Manual del Miembro*.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención urgentemente necesaria La atención médica necesaria de urgencia es la atención que se brinda para tratar: • una situación que no se considera de emergencia pero requiere atención médica inmediata, **o** • una enfermedad imprevista, **o** • una lesión, **o** • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor dentro de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias de tiempo, lugar o situación, no sea posible o no sea razonable obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista, pero no es una emergencia médica). 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.	$0
	Atención de la vista Pagamos por: • examen integral de la vista • educación sobre la vista • anteojos • lentes de contacto y otras ayudas visuales **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0 Es posible que necesite una remisión de su PCP antes de recibir servicios de un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección médica del ojo. Su PCP le

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de la vista (continuación) También pagamos por los servicios de médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. Nota: Consulte la información adicional a continuación para conocer la cobertura de los exámenes de la vista de rutina.	proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, sección D, de este Manual para miembros para obtener más información sobre el proceso de remisión.
	• Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, pagamos por una prueba de detección de glaucoma cada año. Los siguientes grupos son de alto riesgo: o personas con antecedentes familiares de glaucoma o personas con diabetes o Afroamericanos o Hispanoamericanos	$0 Es posible que necesite una remisión de su PCP antes de recibir servicios de un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección médica del ojo. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión. No necesita una derivación para ver a un optometrista, pero debe usar un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
	Este beneficio continúa en la siguiente página.	

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios de la vista (continuación)	$0
	• Para las personas con diabetes, pagamos por una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año.	Es posible que se requiera una remisión de su PCP antes de recibir este servicio. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Consulte el Capítulo 3, Sección D de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre el proceso de remisión.
	• Pagamos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta un lente intraocular. (Si se somete a dos cirugías de cataratas separadas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía). Los lentes/armazones correctivos (y sus reemplazos) necesarios después de la extracción de cataratas con un implante de lente (tintes, revestimiento antirreflejante, lentes U-V o lentes de gran tamaño) están cubiertos únicamente cuando el médico tratante lo considere médicamente necesario.	$0 Debe obtener los anteojos con armazones o los lentes de contacto después de la cirugía de cataratas a través de un proveedor de la red de EyeMed Vision Care.
	Nota: La cobertura incluye la adaptación estándar y el seguimiento después de la inserción de lentes de contacto de la siguiente manera: ○ Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y dispondrán de hasta 2 visitas de seguimiento una vez que se haya completado un examen de la vista integral. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de la vista (continuación) ○ El miembro debe completar el seguimiento dentro de 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) cada año calendario (incluye un par de armazones y lentes de visión sencilla, bifocales o trifocales) después de la cirugía de cataratas o, según sea médicamente necesario, lentes de contacto para queratocono, anisometropía, miopía alta, afaquia, afaquia congénita o pseudoafaquia. Nota: La cobertura incluye la adaptación estándar y el seguimiento después de la inserción de lentes de contacto de la siguiente manera: • Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y dispondrán de hasta 2 visitas de seguimiento una vez que se haya completado un examen de la vista integral. • El miembro debe completar el seguimiento dentro de los 45 días calendario posteriores a la adaptación, y la adaptación y el seguimiento deben ser realizados por el mismo proveedor.	$0 Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido. No se necesita una remisión por este servicio, pero debe obtener anteojos cubiertos de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
• Un examen rutinario de la vista cada año calendario. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0 No necesita una remisión para su examen oftalmológico de rutina anual, pero tiene que acudir con 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

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Servicios de la vista (continuación) • Subsidio de anteojos (lentes y armazones o lentes de contacto) Anteojos de rutina (lentes recetados, armazones, 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 miembros con discapacidades auditivas, EyeMed proporciona un sistema de retransmisión para garantizar que pueda recibir el servicio independientemente de si cuenta con un sistema habilitado para TDD/TTY o no. Utilizar este sistema es muy fácil. Simplemente marque 711, pídale al operador que se comunique con EyeMed al 1-844-230-6498 y se le brindará asistencia a través de una llamada de conferencia entre usted, el operador del 711 y un representante. El proveedor del plan para servicios, anteojos o lentes de contacto para la atención de la vista de rutina puede ser diferente del proveedor del plan de servicios, anteojos o lentes de contacto para tratar afecciones médicas. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre sus beneficios de la vista. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	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. Usted recibe hasta $300 por año calendario aplicados al momento del servicio para compras con proveedores participantes de EyeMed Vision Care. El proveedor de EyeMed Vision Care procesará la reclamación. Se le reembolsará hasta $300 por año calendario si usa un proveedor no participante. Tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar un reembolso. Llame a Servicios para Miembros para obtener el formulario de reclamación. Solo se permite una compra por año

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de la vista (continuación)	calendario hasta el monto del beneficio; cualquier monto no utilizado después de la compra única caducará y no se podrá aplicar a otra compra durante el año calendario. Si el costo de los artículos comprados excede el monto del beneficio anual, usted será responsable de pagar el saldo restante.
🍎	**Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" realizada una sola vez. La visita incluye: • una revisión de su salud, • educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas las pruebas de detección y las inyecciones (o vacunas)), **y** • remisiones para otra atención si lo necesita. **Nota:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" únicamente durante los primeros 12 meses en que usted tenga Medicare Part B. Cuando programe su cita, infórmele al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".	$0
	Consulta de bienestar El plan cubre revisiones de bienestar. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención.	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Pelucas Las pelucas están cubiertas para miembros que experimentan caída del cabello debido al tratamiento para el cáncer. Para obtener este reembolso, envíe un formulario de reembolso para miembros junto con el comprobante de pago y cualquier información adicional detallada 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 alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.	El plan cubre hasta $350 por año. Para tener acceso al beneficio de pelucas, puede comprar la peluca en cualquier proveedor. Si escoge un proveedor participante, tendrá un beneficio de $350 por año que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar el saldo. Si utiliza un proveedor no participante, tendrá que pagar de su propio bolsillo y presentar una solicitud de reembolso. Debe presentar una reclamación con el plan para recibir el reembolso. Llame a Servicios para Miembros para obtener el formulario de reclamación.

Además de los servicios generales, nuestro plan también cubre servicios de atención de salud conductual basados en la comunidad. A veces estos se denominan “servicios de salud conductual de desvío” (diversionary behavioral health services). Estos son servicios que usted podría utilizar en lugar de ir al hospital o a un centro para algunas necesidades de salud conductual. Su Equipo de Atención trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si se incluirán en su plan de atención.

Servicios de salud conductual comunitarios (de desvío) que cubre nuestro plan	
Estos servicios incluirán lo siguiente: ● Servicios intensivos monitoreados médicamente: Servicios de Tratamiento Agudo (ATS, por sus siglas en inglés) para trastornos por uso de sustancias ● Servicios de Estabilización Clínica: servicios residenciales de alta intensidad específicos para la población y administrados clínicamente* ● servicios de estabilización clínica para trastornos por uso de sustancias ● estabilización comunitaria de crisis ● Programa de Apoyo Comunitario (CSP, por sus siglas en inglés), incluido el CSP para personas sin hogar, el CSP para personas involucradas en el sistema de justicia y el Programa de Preservación de la Tenencia del CSP* ● Intervención Móvil de Crisis para Adultos (anteriormente Emergency Services Program (ESP)) ● Servicios de Hospitalización Parcial (PHP) ○ La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario ambulatorio o por medio de un centro comunitario de salud conductual. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés) o consejero profesional con licencia. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital. **Este servicio continúa en la siguiente página.**	***Es posible que se requiera autorización previa.*** $0

Servicios de salud conductual comunitarios (de desvío) que cubre nuestro plan	
(continuación) ● Servicios de Paciente Ambulatorio Intensivo (IOP) y programas IOP ○ El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual que se brinda como un servicio hospitalario ambulatorio, un centro comunitario de salud conductual, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. ○ Un programa IOP proporciona un tratamiento multidisciplinario coordinado, integral y de tiempo limitado, y está diseñado para mejorar el Estado Funcional, proporcionar estabilización en la comunidad, desviar una admisión a un Servicio para Pacientes Hospitalizados o facilitar una reintegración rápida y estable a la comunidad después del alta de un servicio para pacientes hospitalizados. ● Programa de Tratamiento Comunitario Asertivo (PACT, por sus siglas en inglés) ● tratamiento psiquiátrico diurno. ● orientación para la recuperación ● navegadores de apoyo para la recuperación ● Servicios de Rehabilitación Residencial para Trastornos por Uso de Sustancias, que incluyen: ○ Servicio de Rehabilitación Residencial para Adultos (Adult RRS) ○ Servicio de Rehabilitación Residencial Familiar (Family RRS) ○ Servicio de Rehabilitación Residencial Mejorado para Afecciones Concurrentes (COE-RRS) ● Programa Estructurado de Adicciones para Pacientes Externos (SOAP) ● Especialista en Pares Certificado	

Nuestro plan también cubre servicios del Frail Elder Waiver (FEW) que son similares a otros servicios cubiertos en el hogar, pero que pueden ser autorizados en una cantidad, duración o alcance diferentes con el fin de apoyar a las personas mayores clínicamente frágiles. Estos servicios están disponibles para todos los miembros inscritos en nuestro plan.

Servicios de FEW que cubre nuestro plan	
• asesoramiento sobre Alzheimer/demencia • tecnología asistencial para telesalud • tareas domésticas menores • acompañante • capacitación y supervisión de atención compleja • Tecnología Mejorada/Sistema Celular Personal de Respuesta a Emergencias (ET/CPERS) • Mascota electrónica de apoyo emocional • adaptación de accesibilidad ambiental • programas educativos basados en evidencia • programa de compromiso con los objetivos • compra y entrega de comestibles • sistemas de respuesta a deambulantes basados en el hogar • comidas a domicilio • entrega a domicilio de medicamentos empaquetados previamente • Asistente de atención médica a domicilio • evaluaciones de seguridad/independencia en el hogar • servicio de ayuda doméstica • lavandería • sistema de dispensación de medicamentos • servicios de orientación y movilidad • apoyo de pares	$0

Servicios de FEW que cubre nuestro plan	
• cuidado personal • cuidados de relevo • Programa Diurno de Apoyo • Asistente de Atención Domiciliaria de Apoyo • Asistencia Transicional • transporte • Comunicación y Monitoreo Virtual (VCAM)	

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

E1. Servicios de agencias estatales

Rehabilitación psicosocial y gestión de casos específicos

Si recibe Rehabilitación Psicosocial del Departamento de Salud Mental o Gestión de Casos Específicos del Departamento de Salud Mental o del Departamento de Servicios para el Desarrollo, sus servicios se seguirán prestando directamente desde la agencia estatal. Sin embargo, Tufts Health Plan Senior Care Options le ayudará a coordinar con estos proveedores como parte de su plan general de atención.

Alojamiento y comida en hogares de descanso

Si vive en un hogar de descanso y se une a Senior Care Options (SCO), el Departamento de Asistencia Transicional seguirá siendo responsable de los pagos de su alojamiento y comida.

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

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

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos no cubiertos por nosotros bajo ninguna condición y algunos excluidos por nosotros solo en algunos casos.

No pagamos por los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en cualquier otro lugar de este *Manual del Miembro*) excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por ellos. Si piensa que nuestro plan debería pagar por un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y MassHealth (Medicaid), a menos que los enumeremos como servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería, tales como un teléfono o televisión atención de enfermería a tiempo completo en su hogar
- tarifas cobradas por sus familiares directos o miembros de su hogar
- procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluida la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento atlético, los fines cosméticos, el antienvejecimiento y el rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario
- cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagamos por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por el tratamiento del otro seno para que coincida

- atención quiropráctica, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura
- atención de rutina del pie, excepto como se describe en los servicios de Podología en la Tabla de Beneficios en la **Sección D**
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión
- reversión de los procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
- servicios de naturópatas (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios prestados a veteranos en los centros de Veterans Affairs (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de la VA y el costo compartido de la VA es mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted sigue siendo responsable de sus montos de costo compartido.
- implantes dentales

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le ordena y que usted obtiene en una farmacia o por pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos bajo Medicare Part D y MassHealth (Medicaid). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

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

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part A.** Estos generalmente incluyen medicamentos que se le administran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part B.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información acerca de los medicamentos que cubre Medicare Part B, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Además de la cobertura de Medicare Part D y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en el hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la **sección F3**, del **Capítulo 5**: “If you’re in a Medicare-certified hospice program” (Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare).

Reglas para la cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que siga las reglas de esta sección.

Usted debe hacer que un proveedor (médico, dentista u otro emisor de recetas) extienda su receta, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para recibir atención.

Su emisor de recetas **no** debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de MassHealth (Medicaid).

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

El medicamento recetado debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de nuestro plan. La llamamos la “*Lista de Medicamentos*” para abreviar. (Consulte la Sección B de este capítulo). (Consulte la **Sección B** de este capítulo.)

- Si el medicamento no está en la *Lista de Medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo otorgándole una excepción.

- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Su emisor de recetas puede ayudarle a identificar las referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado. **Indicación medicamente aceptada –** un uso de un medicamento que está aprobado por la Food and Drug Administration o respaldado por ciertas referencias tales como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema Micromedex DRUGDEX Information.

Su medicamento puede requerir la aprobación de nuestro plan basada en ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice de Contenido

A. Cómo surtir sus recetas 160

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red 160

A2. Uso de su Tarjeta de Identificación de Miembro al surtir una receta 160

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red 160

A4. Qué hacer si su farmacia deja la red 160

A5. Uso de una farmacia especializada 161

A6. Uso de servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos 161

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 163

A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan 163

A9. Reembolso de una receta 164

B. *Lista de Medicamentos* de nuestro plan 165

B1. Medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* 165

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* 165

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de Medicamentos* 166

C. Límites en algunos medicamentos 167

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 168

D1. Cómo obtener un suministro temporal 169

D2. Cómo solicitar un suministro temporal 171

D3. Cómo solicitar una excepción 171

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 172

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 174

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan 174

F2. En un centro de atención a largo plazo 174

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare 174

G. Programas sobre seguridad de medicamentos y administración de medicamentos 175

G1. Programas para ayudarle a usar medicamentos de manera segura 175

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos 175

G3. Programa de gestión de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura 176

A. Cómo surtir sus recetas

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

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

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o con su Administrador de Atención.

A2. Uso de su Tarjeta de Identificación de Miembro al surtir una receta

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

Si no lleva consigo su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando vaya a surtir su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta al momento de recogerla. Los miembros elegibles no tienen un costo por los servicios cubiertos. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Para solicitarnos que le reembolsemos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros o con su Administrador de Atención.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de receta, puede pedirle a un proveedor que le extienda una nueva receta *o* pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si todavía quedan resurtidos disponibles.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros o con su Administrador de Atención.

A4. Qué hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que utiliza deja la red de nuestro plan, necesitará encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web, o comuníquese con Servicios para Miembros o con su Administrador de Atención.

A5. Uso de una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio. Nuestro plan cubrirá la terapia de infusión a domicilio si sucede lo siguiente:
  - Su medicamento recetado está en el formulario de nuestro plan, o se ha otorgado una excepción al formulario para su receta.
  - Su medicamento recetado no está cubierto de otro modo bajo el beneficio médico de nuestro plan.
  - Nuestro plan ha aprobado su receta para la terapia de infusión a domicilio, y
  - Su receta fue emitida por un profesional autorizado para emitir la receta.

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, tal como un centro de enfermería.
  - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o si tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que despachan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso (Nota: Este escenario debería ocurrir rara vez). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web, o comuníquese con Servicios para Miembros o con su Administrador de Atención.

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través de pedido por correo son medicamentos que usted toma de forma regular para una afección médica 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. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. Se ofrece un suministro diario extendido de hasta 100 días en lugar del suministro estándar de 30 o 90 días para los medicamentos genéricos preferidos.

Surtido de recetas por correo

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Miembros.

Por lo general, una receta por pedido por correo llega dentro de 15 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede sufrir retrasos. Si su pedido se retrasa, llame a Servicios para Miembros durante el horario de atención y le permitiremos surtir un suministro parcial del medicamento en una farmacia minorista de la red.

Procesos de pedidos por correo

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

1. **Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted**

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

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

   Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunica con usted para averiguar si desea que se surta el medicamento de inmediato o en un momento posterior.

   - Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluyendo la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se envíe.
   - Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para dejarles saber qué hacer con la nueva receta y para evitar retrasos en el envío.

3. **Resurtidos de recetas de pedido por correo**

   Para los resurtidos, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Deje saber a la farmacia cuáles son las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan localizarlo para confirmar su pedido antes del envío. Llame a la línea gratuita de Servicio al Cliente de OptumRx al 1-800-510-4817 (TTY: 711) para proporcionar su información de contacto de preferencia. El horario de atención es las 24 horas al día, los 7 días a la semana.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de forma regular para una afección médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. Se ofrece un suministro diario extendido de hasta 100 días en lugar del suministro estándar de 30 o 90 días para los medicamentos genéricos preferidos. Los miembros elegibles no tienen que pagar un copago por los medicamentos cubiertos. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica qué farmacias pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su Administrador de Atención o a Servicios para Miembros para obtener más información

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información acerca de los servicios de pedido por correo.

A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos por los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con su Administrador de Atención o con Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

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

- **Emergencias Médicas**

  No hay cobertura en las farmacias fuera de la red. Sin embargo, si paga de su por una receta relacionada con la atención de una emergencia médica o atención médica necesaria con urgencia, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo mediante la presentación de un formulario de reclamación en papel. (Consulte los detalles en la **Sección A9**.) Si se encuentra en esta situación, también puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este libro).

- **Cuando viaja o está lejos del área de servicio del plan**

  - Si toma regularmente un medicamento recetado y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar su suministro del medicamento antes de irse. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que vaya a necesitar. Es posible que pueda ordenar sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de la red de pedidos por correo o a través de una red minorista.

  - Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, o si se pierde o se le agotan sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que surtan en una

farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás 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 paga de su propio bolsillo por una receta relacionada con la atención de una emergencia médica o atención médica necesaria con urgencia, puede solicitarnos que reembolsemos nuestra parte del costo mediante la presentación de un formulario de reclamación en papel. (Consulte los detalles en la **Sección A9**.) Si se encuentra en esta situación, también puede comunicarse 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 a la que viaja. Nuestra red de farmacias está distribuida en todo el país. Si no hay farmacias de la red en esa área, es posible que pueda hacer arreglos para obtener 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 uno de los siguientes puntos:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinden servicio las 24 horas.

- Si intenta surtir un medicamento recetado cubierto que no se almacena con regularidad en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red elegible (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).

- Puede solicitarnos que le reembolsemos el costo presentando un formulario de reclamación. En estas situaciones, **consulte primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto) 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.

A9. Reembolso de una receta

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total al momento de obtener su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero.

Para obtener más información al respecto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

B. *Lista de Medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *Lista de Medicamentos Cubiertos.* La llamamos la "*Lista de Medicamentos*" para abreviar.

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

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos cubiertos bajo Medicare Part D y algunos medicamentos con receta y de venta libre (OTC) y productos cubiertos bajo MassHealth (Medicaid).

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero pueden considerarse fuera del formulario para otras afecciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra *Lista de Medicamentos* y en Medicare.gov, junto con la afección médica específica que cubren.

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

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo un nombre de marca registrada que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos En nuestra *Lista de Medicamentos*, cuando nos referimos a "medicamentos", esto puede significar tanto productos de marca como productos biológicos.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Existen sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los de marca.

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

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre (OTC). Algunos medicamentos de venta libre (OTC) cuestan menos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Los miembros elegibles no pagan por los servicios cubiertos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra *Lista de Medicamentos*, puede:

- Consultar la *Lista de Medicamentos* más reciente que le proporcionamos electrónicamente.

- Visitar el sitio web de nuestro plan en www.thpmp.org/documents.
- La *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a su Administrador de Atención o a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de Medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Utilizar nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) en www.tuftsmedicarepreferred.org/drug-pharmacy-coverage para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* para obtener una estimación de lo que pagará y si existen medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su Administrador de Atención o a Servicios para Miembros.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de Medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de Medicamentos* porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos.* Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9.**

Nuestro plan no paga por los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos medicamentos se denominan **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si cree que deberíamos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de Medicare Part D y MassHealth (Medicaid)) no puede pagar por un medicamento que Medicare Part A o Medicare Part B ya cubran. Nuestro plan cubre de forma gratuita los medicamentos cubiertos bajo Medicare Part A o Medicare Part B, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetar un determinado medicamento para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se llama “uso fuera de indicación” (off-label use). Nuestro plan por lo general no cubre los medicamentos recetados para un uso fuera de indicación.

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

- Medicamentos usados para aliviar la tos o los síntomas del resfrío
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos ambulatorios fabricados por una empresa que estipule que usted debe realizarse pruebas o servicios únicamente con ellos

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, reglas especiales limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Generalmente, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como uno de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de Medicamentos.* Esto se debe a que el mismo medicamento puede diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor, y se pueden aplicar diferentes restricciones a las diferentes versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; tableta frente a líquido).

Si hay una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba informarnos de su diagnóstico o proporcionar primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicítenos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podríamos o no estar de acuerdo en permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para conocer más sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando se dispone, respectivamente, de una versión genérica o biosimilar intercambiable

Generalmente, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y, por lo general, cuesta menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o de un producto biológico original disponible, nuestras farmacias de la red le entregan, respectivamente, la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.

- Sin embargo, si su proveedor nos indicó la razón médica por la cual el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funcionará en su caso, **o** escribió "No substitutions" (Sin sustituciones) en su receta para un medicamento de marca *o* un producto biológico original, o nos indicó la razón médica por la cual el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.

2. Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su emisor de recetas deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se llama autorización previa. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página o visite nuestro sitio web en www.thpmp.org/sco para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que usted intente primero con medicamentos de menor costo que sean igual de eficaces antes de cubrir medicamentos que cuesten más. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, es posible que le requiramos que intente primero con el Medicamento A. Los miembros elegibles no pagan por los servicios cubiertos.

Si el Medicamento A no funciona en su caso, entonces cubriremos el Medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página o visite nuestro sitio web en www.thpmp.org/sco para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede tener. Esto se llama un límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día para un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para averiguar si cualquiera de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o que desea tomar, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en www.thpmp.org/sco. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro.*

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

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera que le gustaría. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. El medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas especiales o límites en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o su emisor de recetas podrían querer solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que desea que lo cubramos.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos* o está limitado de alguna manera Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o para solicitarnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos reglas a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - ya no está en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
   - nunca estuvo en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
   - ahora está limitado de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de estas situaciones:
   - Usted estaba en nuestro plan el año pasado.
     - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 108 días del año calendario.
     - Este suministro temporal es por un máximo de 30 días.
     - Si su receta está escrita por menos días, permitimos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
     - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.

- Usted es nuevo en nuestro plan.
    - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros** 108 **días de su membresía en nuestro plan.**
    - Este suministro temporal es por un máximo de 30 días.
    - Si su receta está escrita por menos días, permitimos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
    - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Usted ha estado en nuestro plan por más de 108 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
    - Cubrimos un suministro por 31 días, o menos si su receta está escrita por menos días. Esto es en adición al suministro temporal anterior.

  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 solicitar un surtido de receta temporal llamando al departamento de Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica tanto a los “medicamentos de Part 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 Part D o un medicamento de venta libre (OTC) fuera de la red, a menos que usted califique para un acceso fuera de la red.

Para medicamentos de MassHealth (Medicaid):

- Usted es nuevo en el plan.

- Cubriremos *un* suministro de su medicamento de MassHealth (Medicaid) por 90 días o hasta que su evaluación integral y su Plan de Atención estén completos, o menos si su receta está escrita por menos días.
- Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros al 1-855-670-5934.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

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

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

- Cambiar a otro medicamento.

  Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos para tratar la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar en su caso.

  O BIEN

- Solicitar una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor indica que usted tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarle a solicitar una.

D3. Cómo solicitar una excepción

Si un medicamento que toma va a ser retirado de nuestra *Lista de Medicamentos* o será limitado de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año de la manera que a usted le gustaría.
- Responderemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o de la declaración de respaldo de su emisor de recetas).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Para conocer más sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o con su Administrador de Atención.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o retirar medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si requerimos o no una aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de Medicamentos de nuestro plan.* Para obtener más información sobre estas reglas que se aplican a los medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubrimos al **principio** del año, por lo general no retiraremos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione tan bien como un medicamento que se encuentra ahora en nuestra *Lista de Medicamentos*, **o**
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**
- Se retiró un medicamento del mercado.

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

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

- Consultar nuestra *Lista de Medicamentos* en línea en www.tuftsmedicarepreferred.org/2027-drug-search **o**
- Llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página para consultar nuestra *Lista de Medicamentos* actual.

Cambios que podemos realizar a la *Lista de Medicamentos* que le afecten durante el año del plan actual

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* ocurrirán de inmediato. Por ejemplo:

- Un nuevo medicamento genérico pasa a estar disponible. En ocasiones, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que es tan efectivo como un medicamento de marca o un producto biológico original que se encuentra actualmente en la *Lista de Medicamentos*. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo. Los miembros elegibles no pagan por los servicios cubiertos. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
    - Tal vez no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hagamos una vez que esto suceda.
    - Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Retiro de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, un medicamento se puede considerar inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, lo retiraremos de inmediato de nuestra *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Hable con su emisor de recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, lo que incluye cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*. Estos cambios podrían suceder si ocurre lo siguiente:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) entrega nuevas pautas o si hay nuevas pautas clínicas con respecto a un medicamento.

Cuando ocurren estos cambios, nosotros:

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio de nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
- le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite resurtir la receta.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro emisor de recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- Si hay algún medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar **o**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para conocer más sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Cambios en la *Lista de Medicamentos* que no le afecten durante este año del plan

Podemos realizar cambios en los medicamentos que toma que no estén descritos anteriormente y que no le afecten ahora. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **principio** del año, por lo general no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto por los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de Medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios que le afecten durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. Usted no pagará un copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre que cumpla con todas nuestras reglas de cobertura.

F2. En un centro de atención a largo plazo

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

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea de cuidados de hospicio y nuestro plan.

- Usted puede estar inscrito en un hospicio de Medicare y requerir ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos para el dolor, contra las náuseas, laxantes o contra la ansiedad) que su hospicio no cubre debido a que no están relacionados con su pronóstico y afecciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del emisor de recetas o de su proveedor de hospicio que indique que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.

- Para evitar retrasos en la obtención de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle a su proveedor de hospicio o emisor de recetas que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

Si deja el hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar que dejó el hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo donde se habla de los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

G. Programas sobre seguridad de medicamentos y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar medicamentos de manera segura

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores de medicamentos o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- pueden no ser seguros para su edad o sexo
- podrían perjudicarle si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que usted es o puede ser alérgico
- pueden tener un error en la cantidad (dosificación)
- tienen cantidades inseguras de medicamentos opioides para el dolor

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

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

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

- cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a estos

- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y-de-venta libre

Luego, le entregarán:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen cuenta con un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista de medicamentos personal que incluye todos los medicamentos que toma, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

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

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos consigo si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califiquen. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, déjenoslo saber y lo retiraremos de este.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros o con su Administrador de Atención.

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que se usan mal con frecuencia. Este programa se llama Programa de Gestión de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios emisores de recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides reciente, podemos hablar con su emisor de recetas para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Trabajando con su emisor de recetas, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en una o varias farmacias determinadas
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de uno o varios emisores de recetas determinados

- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le requerirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un proveedor o farmacia específica.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué emisores de recetas o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su emisor de recetas pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (para conocer más sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.)

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, tales como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- está recibiendo atención de hospicio, paliativa o de fin de vida, **o**
- vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Introducción

Este capítulo le indica lo que usted paga por sus medicamentos ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

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

Importante: La información a continuación explica cómo MassHealth (Medicaid) y Medicare cubren sus recetas, de modo que usted no tenga copagos. Mientras califique para Tufts Health Plan Senior Care Options, no tendrá que pagar por sus medicamentos cubiertos.

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), recibe Extra Help de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos de Medicare Part D.

> **Extra Help** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de Medicare Part D, tales como primas, deducibles y copagos. El programa Extra Help también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”. **Como miembro de Senior Care Options (SCO), MassHealth (Medicaid) cubre los costos restantes que Medicare no cubre para los costos de medicamentos de Medicare Part D.**

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

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
    - Llamamos a esto *Lista de Medicamentos*. Le indica:
        - Qué medicamentos pagamos
        - Si hay algún limite en los medicamentos

- Si necesita una copia de nuestra *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web en www.thpmp.org/documents.

- **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.
  - Le indica cómo obtener sus medicamentos ambulatorios a través de nuestro plan.
  - Incluye las reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
  - Cuando utiliza la "Real Time Benefit Tool" (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2 del Capítulo 5**), el costo mostrado es una estimación de los costos de su propio bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su Administrador de Atención o a Servicios para Miembros para obtener más información.

- Nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
  - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
  - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera nuestras farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice de Contenido

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB) 180

B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos 181

B1. ¿Qué sucede si encuentra un error en este resumen? 182

B2. ¿Qué sucede con el posible fraude? 182

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo 182

C1. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo 182

D. Lo que paga por las vacunas de la Part D 182

D1. Lo que necesita saber antes de recibir una vacuna 183

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza el seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. Realizamos el seguimiento de dos tipos de costos:

Nota: La siguiente sección podría no aplicarse a usted. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene desembolsos para los medicamentos recetados de Part D cubiertos.

- Sus **costos de su propio bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Part D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos a través del programa Extra Help de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP). Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen un costo por los servicios cubiertos.

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

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

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

- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.

- **Información sobre el precio del medicamento**. Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.

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

Ofrecemos cobertura para medicamentos no cubiertos bajo Medicare.

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

B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos

Para realizar el seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Aquí le indicamos cómo puede ayudarnos:

1. **Use su Tarjeta de Identificación de Miembro.**

   Presente su Tarjeta de Identificación de Miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y qué paga.

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

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

   Aquí hay ejemplos de cuándo debería entregarnos copias de sus recibos:

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

   Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos el dinero de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

3. **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realicen por usted.**

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

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

   - **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
   - **¿Obtuvo los medicamentos enumerados?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden los medicamentos con lo que le recetó su médico?

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

Si algo le resulta confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options.

B2. ¿Qué sucede con el posible fraude?

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

- Llámenos a Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis.

Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

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

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

C1. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días de suministro. Se ofrece un suministro diario extendido de hasta 100 días en lugar del suministro estándar de 30 o 90 días para los medicamentos genéricos preferidos. No hay ningún costo para usted por un suministro a largo plazo.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* o nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden ofrecerle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* de nuestro plan.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas bajo Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de Medicare Part D:

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

2. La segunda parte es para el costo de la administración de la vacuna. Por ejemplo, a veces usted puede recibir la vacuna como una inyección administrada por su médico.

D1. Lo que necesita saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros si planea recibir una vacuna. Podemos informarle sobre cómo nuestro plan cubre su vacuna.

Capítulo 7: Solicitud de pago de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos. Los miembros elegibles no pagan por los servicios cubiertos.

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar un pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice de Contenido

A. Solicitud de pago por sus servicios o medicamentos 185

B. Envío de una solicitud de pago 187

C. Decisiones de cobertura 188

D. Apelaciones 189

A. Solicitud de pago por sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los miembros elegibles no son responsables de los costos de los servicios cubiertos. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

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

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

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a recibir un reembolso.
    - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, nosotros le haremos un reembolso.
    - Si pagó por servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid), nosotros no podemos reembolsarle el importe, pero el proveedor sí. Servicios para Miembros o el Administrador de Atención y/o el defensor del pueblo pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para obtener el número de teléfono de Servicios para Miembros.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros o con su Administrador de Atención si tiene alguna pregunta Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Los ejemplos de ocasiones en las que podría necesitar solicitarnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió incluyen:

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

   Pídale al proveedor que nos facture.

   - Si paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos que le devolvamos el dinero. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
       - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.

- Si ya pagó por el servicio de Medicare, le devolveremos el dinero.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante mostrar su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando reciba cualquier servicio o receta. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios o una cantidad mayor a la que le corresponde de los costos. **Llame a Servicios para Miembros** o a su Administrador de Atención al número que se encuentra en la parte inferior de esta página **si recibe alguna factura.**

- Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, nos la debe enviar. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le devolveremos el dinero por sus servicios cubiertos.

3. Si se le inscribe en nuestro plan de forma retroactiva

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

- Si fue inscrito de forma retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

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

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

- Solo en unos pocos casos cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando solicite que le devolvamos el dinero.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo total de la receta porque no lleva consigo su Tarjeta de Identificación de Miembro

Si no lleva consigo su Tarjeta de Identificación de Miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque la información de su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta usted mismo o regresar a la farmacia con su Tarjeta de Identificación de Miembro
- Envíenos una copia de su recibo cuando solicite que le devolvamos el dinero.
- 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 usted paga el costo de la receta completo por un medicamento que no está cubierto

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

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de Medicamentos*) en nuestro sitio web, o puede tener un requisito o restricción que usted no conoce o no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
    - Si no paga el medicamento, pero considera que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9 de este Manual del Miembro).
    - Si usted y su médico u otro emisor de recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9 de este Manual del Miembro)
- Envíenos una copia de su recibo cuando solicite que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro emisor de recetas para devolverle el dinero del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se conoce como tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagamos por este.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para conocer cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Envío de una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que escribió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus propios registros.** Puede pedir ayuda a su Administrador de Atención.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para decidir, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No está obligado a utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web www.thpmp.org/forms, o puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar el formulario.

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

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

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

EyeMed Payment Requests:
First American Administrators Attn: OON Claims
P.O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111

C. Decisiones de cobertura

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

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos por este. Si usted ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3 de este *Manual del Miembro* explica las reglas para obtener la cobertura de sus servicios. El **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* explica las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos de Medicare Part D.

- Si decidimos no pagar por el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar la solicitud de pago, puede solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso formal de apelación tiene procedimientos y plazos detallados. Para conocer más sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Estamos obligados a respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice de Contenido

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades 191

B. Nuestra responsabilidad de garantizar su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 192

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) 192

C1. Cómo protegemos su PHI 193

C2. Su derecho a revisar sus registros médicos 193

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información 193

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente. Los miembros elegibles no pagan por los servicios cubiertos. 195

F. Su derecho a dejar nuestro plan 195

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 195

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 195

G2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo 196

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 197

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones 197

H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos 198

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 198

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

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con un dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva o aquellas con diversos antecedentes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de su plan y sus derechos de una forma que usted pueda entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que permanezca en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a su Administrador de Atención o a Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratis para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos al inglés, incluido el español, y en formatos tales como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a:

  Tufts Health Plan Senior Care Options
  Attn: Member Services
  P.O. Box 494
  Canton, MA 02021-1166

  Su solicitud de este documento en un formato o idioma accesible se aplicará de manera permanente, a menos que usted solicite lo contrario.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a barreras del idioma o a una discapacidad, y quiere presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m.
  - Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla.
  - Use el videoteléfono (VP, por sus siglas en inglés) 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
- Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (TTY: 711).
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
    - Llame a su Administrador de Atención o a Servicios para Miembros, o consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para conocer más sobre los proveedores de la red y qué médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a ver un especialista en salud de la mujer sin necesidad de una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para utilizar un proveedor que no sea su PCP.
- Tiene derecho a recibir los servicios cubiertos por parte de los proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
    - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos por parte de los especialistas.
    - Si no puede recibir los servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar por la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención que se necesite con urgencia sin una autorización previa (PA).
- Tiene derecho a que se le surtan sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para conocer sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.

El Capítulo 9 de este *Manual del Miembro* le indica qué puede hacer si considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. También le indica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

Nosotros protegemos su PHI como lo exigen las leyes federales y estatales.

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

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y al control de cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama "Aviso de Prácticas de Privacidad".

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise o cambie sus registros.

Excepto por los casos indicados a continuación, no entregamos su PHI a nadie que no le esté brindando atención o pagando por ella. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede otorgar este permiso por escrito.

A veces no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos entregar a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de Medicare Part D. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a revisar sus registros médicos

- Tiene derecho a revisar sus registros médicos y a obtener una copia de estos.
- Tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajamos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas y cómo lo hacemos para cualquier propósito que no sea de rutina.

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

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

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

Si no habla inglés, contamos con servicios de intérpretes para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para conseguir un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito para usted. Los materiales escritos están disponibles en español y otros idiomas. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea obtener información sobre cualquiera de los siguientes puntos, llame a Servicios para Miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, lo que incluye:
  - información financiera
  - cómo nos han calificado los miembros del plan
  - el número de apelaciones presentadas por los miembros
  - cómo dejar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, lo que incluye:
  - cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
  - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, lo que incluye:
  - servicios (consulte el **Capítulo 3 y 4** de este *Manual del Miembro*) y medicamentos (consulte el **Capítulo 5 y 6** de este *Manual del Miembro*) cubiertos por nuestro plan
  - límites de su cobertura y medicamentos
  - reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*), lo que incluye pedirnos que:
  - ponganos por escrito por qué algo no está cubierto
  - cambiemos una decisión que tomamos
  - paguemos una factura que recibió - los miembros elegibles no tienen un costo por los servicios cubiertos.

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente. Los miembros elegibles no pagan por los servicios cubiertos.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden realizar la facturación de saldo ni cobrarle si pagamos menos de la cantidad que el proveedor cobró. Para conocer qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarle a quedarse en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare o de otro plan de Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de Medicare Part D a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro:*
    - Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo plan de MA o de beneficios de medicamentos.
    - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de MassHealth (Medicaid) si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

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

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

- **Con.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo involucrado. Debemos informarle con anticipación si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.

- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta la total responsabilidad de lo que le suceda.

- **Pedirnos que expliquemos por qué un proveedor denegó la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le denegó la atención que usted considera que debería recibir.

- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que denegamos o que usualmente no cubrimos.** Esto se llama una decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

A veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito **que le otorgue a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted** en caso de que alguna vez no pueda tomarlas por sí mismo.

- **Dar instrucciones por escrito a los médicos** sobre cómo manejar su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea recibir.

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

Usted no está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede tenerla. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario a través de su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de suministros de oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar el formulario o comunicarse con su Administrador de Atención para obtener una copia de una directiva anticipada/poder para la atención médica (Healthcare proxy).

- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado o alguien más en quien confíe, como un familiar o su PCP, le ayude a completarlo.

- **Entregue copias del formulario a las personas que necesitan saberlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted en caso de que no pueda hacerlo. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.
- Si lo van a hospitalizar y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital**.
    - El hospital le preguntará si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo lleva consigo.
    - Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Hacer que su directiva anticipada se coloque en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.

Por ley, nadie puede denegarle la atención ni discriminarlo en función de si firmó o no una directiva anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones contenidas en ella, puede presentar una queja ante la Massachusetts Department of Public Health, Division of Healthcare Quality's Complaint Unit llamando al 1-800-462-5540 Puede presentar una queja contra un proveedor de atención médica individual llamando a la Junta de Registro en Medicina (Board of Registration in Medicine) al 1-781-876-8200.

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El Capítulo 9 de este *Manual del Miembro* le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o su atención. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a recibir información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos de manera injusta – y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de este *Manual del Miembro* – o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros.
- El programa SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636). Para obtener más detalles sobre SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone), consulte el **Capítulo 2**.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898 (línea gratuita), de lunes a viernes de 9 a.m. a 4 p.m.
    - Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas o con deficiencia auditiva, o que tienen alguna discapacidad del habla.
    - Use el videoteléfono (VP, por sus siglas en inglés) 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
    - Envíe un correo electrónico info@myombudsman.org.

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle a resolver inquietudes o conflictos con su inscripción en Senior Care Options (SCO) o su acceso a los beneficios y servicios de SCO.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede revisar o descargar “Medicare Rights & Protections” [Derechos y protecciones de Medicare], que se encuentra en el sitio web de Medicare en medicare.gov/publications/11534-s-medicare-rights-and-protections.pdf.)

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

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA RECUPERACIÓN DE LOS BIENES DE LA SUCESIÓN

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 bienes de la sucesión de MassHealth, visite www.mass.gov/estaterecovery.

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea este *Manual del Miembro*** para conocer lo que cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre su:
  - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*. Esos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
  - Entrégueles la información que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios de proveedores.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options, MassHealth (Medicaid) paga la prima de su Medicare Part A y su prima de Medicare Part B.

- **Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para conocer cómo presentar una apelación).

- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su Administrador de Atención o a Servicios para Miembros.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro* habla sobre nuestra área de servicio.
  - Informe a Medicare y a MassHealth (Medicaid) su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para conocer los números de teléfono de Medicare y MassHealth (Medicaid).
  - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, aun así, necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
  - **Si se muda, informe a la Seguridad Social (o a la Railroad Retirement Board).**

- **Llame a su Administrador de Atención o a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para averiguar qué hacer si:

- Tiene un problema con nuestro plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan indicó que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que nuestro plan tomó sobre su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos están terminando demasiado pronto.

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

Si se enfrenta a un problema con sus servicios

Usted debe recibir los servicios médicos, servicios de salud conductual, medicamentos y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que sean necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o utilizando MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al Videotelefóno (VP) 339-224-6831).** Este capítulo explica las opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero también puede llamar a My Ombudsman para que le ayude con su problema. Para conocer recursos adicionales para abordar sus inquietudes y las formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** para obtener más información sobre My Ombudsman.

Índice de Contenido

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 204

A1. Acerca de los términos legales 204

B. Dónde obtener ayuda 204

B1. Para obtener más información y ayuda 204

C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan 206

D. Problemas con sus beneficios 206

E. Decisiones de cobertura y apelaciones 207

E1. Decisiones de cobertura 207

E2. Apelaciones 208

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones 208

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle 209

F. Atención médica 210

F1. Uso de esta sección 210

F2. Solicitud de una decisión de cobertura 211

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 213

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 217

F5. Problemas de pago - Los miembros elegibles no tienen un costo por los servicios cubiertos. 221

G. Medicamentos de Medicare Part D 222

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D 223

G2. Excepciones de Medicare Part D 224

G3. Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción 225

G4. Solicitud de una decisión de cobertura, incluida una excepción 226

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 228

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 230

H. Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más larga 232

H1. Conozca sus derechos de Medicare 233

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 234

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 235

I. Solicitud para que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos 236

I1. Aviso anticipado antes de que termine su cobertura 237

I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 237

I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 239

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 239

J1. Siguientes pasos para los servicios y artículos de Medicare 239

J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid) 241

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Part D 241

K. Cómo presentar una queja 243

K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas 243

K2. Quejas internas 244

K3. Quejas externas 246

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para las **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Para garantizar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo se incluyen términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que utilizamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales cuando nos es posible. Utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación expedita”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE)

Saber los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse de manera más clara, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces resulta confuso iniciar o seguir el proceso para manejar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. En otras ocasiones, es posible que no cuente con la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1-855-670-5934 (TTY: 711) para ayudarle a manejar un problema o responder a sus preguntas.

Ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Los consejeros de SHINE pueden responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer con respecto a su problema. SHINE no está vinculado con nosotros ni ninguna compañía de seguros o plan de salud. SHINE cuenta con consejeros capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636 y su sitio web es http://www.mass.gov/health-insurance-counseling. TTY (para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla): *1-800-439-2370 (solo para Massachusetts)*.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Puede llamar directamente al Servicio al Cliente de MassHealth para obtener ayuda con sus problemas. Llame al 1-800-841-2900. TTY (para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla): *711.*

Ayuda de My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con Senior Care Options (SCO). Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o ayuda para resolver cualquier asunto o problema con su plan SCO. Los servicios de My Ombudsman (Mi Defensor del Pueblo) son gratuitos. La información sobre My Ombudsman también se puede encontrar en el **Capítulo 2**. El personal de My Ombudsman:

- Puede responder sus preguntas o remitirlo al lugar adecuado para encontrar lo que necesita.
- Puede ayudarle a abordar un problema o inquietud con SCO o con su plan SCO, Tufts Health Plan Senior Care Options. El personal de My Ombudsman lo escuchará, investigará el asunto y analizará las opciones con usted para ayudar a resolver el problema.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedir a su plan SCO, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Puede llamar, enviar un correo electrónico, escribir o visitar a My Ombudsman en su oficina.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9 a.m. a 4 p.m. Las personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla deben utilizar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al Videotelefóno (VP) 339-224-6831.
- Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org
- Escriba o visite la oficina de My Ombudsman en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.
  - Consulte el sitio web de My Ombudsman o comuníquese con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, las citas y los horarios de atención sin cita previa.
- Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org

C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan

Usted cuenta con Medicare y MassHealth (Medicaid). La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Esto a veces se denomina un “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

A veces, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de MassHealth (Medicaid). La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si una atención médica en particular (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Part B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta, y problemas sobre el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la **Sección E,** "Decisiones de cobertura y apelaciones."	**No.** Mi problema no tiene que ver con beneficios o cobertura. Consulte la **Sección K**, "Cómo presentar una queja."

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones le ayuda a resolver problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Part B, incluyendo pagos). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos de la Part B como **atención médica.** Puede utilizar el proceso de decisión de cobertura y de apelaciones para abordar asuntos sobre si algo está cubierto y cómo está cubierto.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si el proveedor de la red de su plan lo remite a un especialista médico fuera de la red, esta remisión se considera una decisión favorable a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que el servicio remitido nunca esté cubierto bajo ninguna condición (consulte el **Capítulo 4**, **Sección E** de este *Manual del Miembro).*

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindar la atención médica que usted considera que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto para usted por Medicare o MassHealth (Medicaid). Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede hacer una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

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 seguimos todas las reglas correctamente. Revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original manejan su apelación.

Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, explicadas más adelante en este capítulo, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" de una decisión de cobertura.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de una atención médica de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Part D o MassHealth (Medicaid), la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para Miembros** a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- Llame a su Administrador de Atención.
- Llame, envíe un correo electrónico, escriba o visite a **My Ombudsman**.
    - Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9 a.m. a 4 p.m. Las personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla deben utilizar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al Videófono (VP) 339-224-6831.
    - Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.
    - Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org.
    - Escriba o visite la oficina de Ombudsman ubicada en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.

  - Consulta el sitio web de My Ombudsman o ponte en contacto directamente con ellos para obtener información actualizada sobre la ubicación, las citas y los horarios de atención sin cita previa.

- **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. En Massachusetts, el SHIP se llama SHINE. SHINE es una organización independiente. No está conectada con este plan. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla): *1-800-439-2370 (solo Massachusetts)*.

- **Su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.

- **Un amigo o familiar**. Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.

- **Un abogado**. Tiene derecho a un abogado, pero **no es obligatorio tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

  - Llame a su propio abogado, o busque el nombre de un abogado a través de la asociación local de abogados u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica.

Complete el formulario de Nombramiento de Representante si desea que un abogado o alguien más actúe como su representante. El formulario le otorga a alguien permiso para actuar en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de "Nombramiento de Representante". También puede obtener el formulario visitando cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696spanish.pdf o en nuestro sitio web en www.thpmp.org/forms. **Debe entregarnos una copia de formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Existen cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Ofrecemos detalles para cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, "Atención médica"

- **Sección G**, "Medicamentos de Medicare Part D"

- **Sección H**, "Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más larga"

- **Sección I**, "Solicitud para que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos" (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de Centros Integrales de Rehabilitación Ambulatoria [CORF]).

Si no está seguro de qué sección utilizar, llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos el dinero de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios para la atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* en la tabla de beneficios. En algunos casos, se pueden aplicar reglas diferentes a un medicamento de Medicare Part B. Cuando lo hacen, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de Medicare Part B difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted piensa que cubrimos la atención médica que necesita pero que no está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección F2. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted considera que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió atención médica que piensa que cubrimos, pero no pagaremos por ella.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió y pagó por una atención médica que pensaba que cubríamos, y desea que le reembolsemos.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o detuvimos su cobertura para cierta atención médica, y usted considera que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o detener la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios de CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que involucren reducir o detener su cobertura para cierta atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como su guía.

F2. Solicitud de una decisión de cobertura

> Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación integrada de la organización**.

Usted, su médico o su representante pueden pedirnos una decisión de cobertura mediante los siguientes métodos:

- Llamando al: 1-855-670-5934, TTY: 711.
- Enviando un fax: 1-617-972-9487.
- Escribiendo a:

  Tufts Health Plan Senior Care Options
  Attn: Member Services
  P.O. Box 494
  Canton, MA 02021-1166

Decisión de cobertura estándar

Cuando le damos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que aceptemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta dentro de los siguientes plazos**:**

- **Siete días calendario** después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa**.
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **para todos los demás servicios o equipos médicos**.
- **72 horas** después de recibir su solicitud **para un medicamento de Medicare Part B**.

Para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.**

Si considera que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

> El término legal para la decisión de cobertura rápida es **determinación expedita**.

Cuando nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos una "decisión de cobertura rápida". Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de los siguientes plazos:

- **72 horas** después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico**.
- **24 horas** después de recibir su solicitud **para un medicamento de Medicare Part B**.

Para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si descubrimos que falta información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para hacernos llegar la información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.**

Si considera que **no deberíamos** tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Está solicitando cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no ha recibido**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o perjudicar su capacidad de funcionamiento.

Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si la solicita sin el respaldo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique y utilizaremos los plazos estándar en su lugar. La carta le indica:
  - Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
  - Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que **No**, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, **o**
- si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo Presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-855-670-5934. Consulte también el Capítulo 2 para conocer la información de contacto por correo postal y fax.

Además, si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a *My Ombudsman en 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o Videotelefóno (VP)* 339-224-6831*).* My Ombudsman no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1-855-670-5934.

- Si su médico u otro emisor de recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Nombramiento de Representante (Appointment of Representative) que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696spanish.pdf o en nuestro sitio web en www.thpmp.org/forms.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
  - Desestimaremos su solicitud, y
  - Le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a pedirle a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones son cosas como que tuvo una enfermedad grave o que le dimos información errónea sobre el plazo. Explique el motivo por el cual su apelación está atrasada cuando la presente.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

> El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración expedita.”**

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si la solicita sin el respaldo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que lo indique y utilizaremos los plazos estándar en su lugar. La carta le indica:
  - Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
  - Cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que vamos a detener o reducir los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los diez días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o a la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que ocurra más tarde.
  - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
  - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean el objeto de su apelación) sin cambios.
  - Si no apela antes de estas fechas, entonces su servicio o artículo no se continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos nuevamente con cuidado toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para presentar una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere. Si denegamos una apelación rápida, le daremos a usted, a su médico, emisor de recetas o representante una confirmación verbal de la denegación.

- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.**

    - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.

    - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.

    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o al final de los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Una IRO luego la revisará. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), usted mismo puede presentar un Nivel 2 – Audiencia Imparcial con el estado tan pronto como se agote el tiempo.

- **Si decimos que Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

- **Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud,** enviaremos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario posteriores** a la recepción de su apelación para la cobertura de servicios que no recibió.

- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.

- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.**

    - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.

- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
- Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K.**
- Si no le proporcionamos una respuesta antes de la fecha límite o al finalizar los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Una IRO luego la revisará. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), usted mismo puede presentar un Nivel 2 – Audiencia Imparcial con el estado tan pronto como se agote el tiempo.

Si decimos que Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los siete días calendario** si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, después de que recibamos su apelación.

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indicará si Medicare, MassHealth (Medicaid) o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) suele cubrir, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le indicará cómo hacerlo. También incluiremos más información más adelante en este capítulo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **tanto Medicare como MassHealth (Medicaid)** pueden cubrir, usted obtiene automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la IRO. También puede solicitar una Audiencia Imparcial con el estado.

Si calificó para la continuación de beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que suele estar cubierto únicamente por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio que suele estar cubierto únicamente por MassHealth (Medicaid), sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los diez días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare suele cubrir

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.-

> El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para ser la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos la información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene derecho a entregar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan detalladamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida ante nosotros en el Nivel 1, obtiene automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2 La IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar ante nosotros en el Nivel 1, obtiene automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si la solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la IRO dice que Sí a una parte o a la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico,** nosotros debemos:
  - Autorizar la cobertura de la atención médica **dentro de las 72 horas, o**
  - Proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
  - Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes expeditas**.
- **Si la IRO dice que Sí a una parte o a la totalidad de una solicitud para un medicamento de Medicare Part B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de Medicare Part B bajo disputa:**
  - **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
  - **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO PARA **solicitudes expeditas.**
- **Si la IRO dice que No a una parte o a la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para la atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”
  - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si continúa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador maneja una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) suele cubrir, o que está cubierto tanto por Medicare como por MassHealth (Medicaid)

Una Apelación de Nivel 2 para servicios que MassHealth (Medicaid) suele cubrir es una Audiencia Imparcial con el estado En MassHealth (Medicaid), una Audiencia Imparcial se denomina Junta de Audiencias de MassHealth. Debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su Apelación de Nivel 1 La carta que recibe de nosotros le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial.

Si decide optar por una apelación externa, debe presentar su solicitud de audiencia por escrito a la Junta de Audiencias **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha de envío por correo del aviso de denegación 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 (EOHHS)
Board of Hearings
Office of Medicaid
100 Hancock Street, 6th floor
Quincy, MA 02171

O por fax al 1-617-887-8797

- Cuando haga 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 presentarse usted mismo o su representante autorizado, o estar representado por un abogado u otro representante a su propio cargo. Puede comunicarse con un servicio jurídico local o con una agencia comunitaria para recibir asesoramiento o representación sin costo.

La oficina de Audiencia Imparcial le da su decisión por escrito y explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencia Imparcial dice que **Sí** a una parte o a la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico**,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** después de recibir su decisión.

- Si la oficina de Audiencia Imparcial dice que **No** a una parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para la atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la oficina de Audiencia Imparcial es **No** para la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **IRO,** puede apelar nuevamente solo si el valor monetario del servicio o artículo que desea cumple con un determinado monto mínimo. Un ALJ o un abogado adjudicador maneja una Apelación de Nivel 3. **La carta que reciba de la IRO explica los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que reciba de la oficina de Audiencia Imparcial describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago - los afiliados elegibles no tienen un costo por los servicios cubiertos.

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le requerirá pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*. Describe las situaciones en las que podría necesitar pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos los documentos para solicitarnos el pago.

Si solicita que se le devuelva el dinero, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos a su proveedor el pago por el servicio o artículo típicamente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Su proveedor luego le enviará el pago a usted.

- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta indicándole que no pagaremos por el servicio o artículo y explicando los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le devolvamos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** suele cubrir el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Si esto sucede, le enviaremos una carta.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica dentro de los 60 días calendario.
- Si la IRO dice que **No** su apelación, significa que está de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta que explica los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y MassHealth (Medicaid) suele cubrir el servicio o artículo, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de Medicare Part D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de Medicare Part D Hay unos pocos medicamentos que Medicare Part D no cubre que MassHealth (Medicaid) podría cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de Medicare Part D.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de Medicare Part D” cada vez. Para los medicamentos cubiertos solo por Medicaid, siga el proceso de la **Sección E**.

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Consulte el **capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D

Aquí hay ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de Medicare Part D:

- Nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
  - cubramos un medicamento de Medicare Part D que no esté en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan o
  - dejemos de lado una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (como cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan pero debemos aprobárselo antes de que lo cubramos)

NOTA: Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir tal como fue escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

> Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de Medicare Part D se denomina **"determinación de cobertura".**

- Nos pide que paguemos por un medicamento que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago. Los miembros elegibles no pagan por los servicios cubiertos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica tanto cómo solicitar decisiones de cobertura como cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla para ayudarse.

¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o necesita que dejemos de lado una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos*, y piensa que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Desea pedirnos que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le informamos que no cubriremos ni pagaremos por un medicamento de la manera que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede solicitarnos una decisión de cobertura.**	**Puede pedirnos que le devolvamos el dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos pide una reconsideración).
Comience con la **Sección G2**, luego consulte las **Secciones G3 y G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G5**.

G2. Excepciones de Medicare Part D

Si no cubrimos un medicamento de la manera que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro emisor de recetas debe explicar los motivos médicos por los cuales usted necesita la excepción.

> Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o la eliminación de una restricción de un medicamento a veces se denomina solicitar una **"excepción al formulario".**
>
> Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **excepción de nivel.**

Aquí hay algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro emisor de recetas pueden pedirnos que hagamos:

Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*

- Podemos aceptar hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos.*

2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - El requisito de utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se denomina “autorización previa (PA)”.
  - El requisito de intentar primero con un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se conoce como “terapia escalonada”.
  - Cantidad límite. Algunos medicamentos tienen restricciones en cuanto a la cantidad que se puede recibir de ellos.

G3. Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción

Su médico u otro emisor de recetas debe indicarnos los motivos médicos.

Su médico u otro emisor de recetas debe entregarnos una declaración en la que explique 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.

Nuestra *Lista de Medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que solicita y no le causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos decir que Sí o que No a su solicitud.

- Si decimos que **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción por lo general dura hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si decimos que **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitud de una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al <número de teléfono>, escribiendo o enviándonos un fax. Esto pueden hacerlo usted, su representante o su médico (u otro prescriptor). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted o su médico (u otro emisor de recetas) o cualquier otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.
- No necesita otorgar un permiso por escrito a su médico u otro emisor de recetas para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le devolvamos el dinero por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si solicita una excepción, entréguenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye los motivos médicos de su médico u otro emisor de recetas para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro emisor de recetas puede enviarnos por fax o correo postal la declaración de respaldo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos la declaración por fax o correo postal.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

Utilizamos los “plazos estándar” a menos que aceptemos utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

> Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **“determinación de cobertura expedita”.**

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para un medicamento que no ha recibido. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró.

- Su salud o su capacidad de funcionamiento se verían seriamente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro emisor de recetas nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, estamos de acuerdo y se la damos. Le enviaremos una carta que se lo indique.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otro emisor de recetas, nosotros decidimos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizamos los plazos estándar en su lugar.
    - Le enviaremos una carta que se lo indique. La carta también le indicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
    - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos de una decisión rápida de cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para su revisión por parte de una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de respaldo de su médico.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para su revisión por parte de una IRO.

- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para su revisión por parte de una IRO.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le devolveremos el dinero dentro de los 14 días calendario.
- **Si** decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

> Una apelación ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de Medicare Part D se denomina **"redeterminación"** del plan.

- Inicie su **apelación estándar** o **rápida** llamando al 1-855-670-5934, escribiendo o enviándonos un fax. Esto pueden hacerlo usted, su representante o su médico (u otro prescriptor). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones son cosas como que tuvo una enfermedad grave o que le dimos información errónea sobre el plazo. Explique el motivo por el cual su apelación está atrasada cuando la presente.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina **"redeterminación expedita".**

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro emisor de recetas deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos nuevamente con cuidado toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro prescriptor para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
  - Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos suministrar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento que no recibió.
- Le daremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si no le damos una decisión dentro de los siete días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos suministrar tan rápido como lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que haya comprado **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que haya comprado **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1, usted puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilizará el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando dijimos que **No** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es **"Entidad de Revisión Independiente",** a veces llamada **"IRE".**

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro emisor de recetas deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a dicha organización. Esta información se llama su "expediente del caso". **Tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a entregar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de Medicare Part D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento que no recibió.
- **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO dice que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura el medicamento aprobado **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el dinero de un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

- Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO dice que **No** a su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un valor monetario mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le enviará una carta que le indicará el valor monetario mínimo necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea llevar su apelación más lejos.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO dice que **No** a su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted:
  - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
  - Consulte la carta que la IRO le envió después de su Apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Solicitud para que cubramos una estadía hospitalaria más larga

Cuando es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro.*

Durante su estadía hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararse para el día en que dejará el hospital. También ayudan a coordinar la atención que pueda necesitar después de salir.

- El día que se va del hospital se llama “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta.

Si considera que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o si le preocupa su atención después de salir del hospital, puede solicitar una estadía hospitalaria más larga. En esta sección se explica cómo hacer la solicitud.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, alguien en el hospital, como un enfermero o un trabajador de casos, le entregará un aviso por escrito titulado “An Important Message from Medicare about Your Rights” (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son admitidas en un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También 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.

- **Lea el aviso** con cuidado y haga preguntas si no lo comprende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente de un hospital, incluidos sus derechos a:
    - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía hospitalaria. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
    - Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su estadía hospitalaria.
    - Saber dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
    - Apelar si considera que se le está dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firmar el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
    - Usted o alguien que actúe en su nombre pueden firmar el aviso.
    - Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que se le dé de alta.

Puede revisar una copia del aviso por adelantado si:

- Llama a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Visita www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por un tiempo más prolongado, presente una apelación. La Organización de Mejora de la Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica financiados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Massachusetts, la QIO es Acentra Health. Llámelos al 1-888-319-8452. La información de contacto también se encuentra en el aviso “An Important Message from Medicare about Your Rights” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de dejar el hospital y a más tardar en la fecha prevista de su alta.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha prevista de su alta sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar**, y decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista de su alta, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista de su alta.

Solicite ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
- Llame al programa de servicio de las necesidades de seguro médico de todos (Serving the Health Insurance Needs of Everyone, SHINE).

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida del alta de su hospital.

> El término legal para **“revisión rápida”** es **“revisión inmediata”** o **“revisión expedita”.**

Qué sucede durante una revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura debería continuar después de la fecha prevista de alta. No se le requiere escribir una declaración, pero puede hacerlo.

- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les entregaron.
- Para el mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta con su fecha prevista de alta. La carta también explica los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que esa es la fecha de alta adecuada y médicamente conveniente para usted.

> El término legal para esta explicación por escrito es **"Detailed Notice of Discharge" (Aviso detallado de alta).** Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le dará su respuesta a su apelación.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Proporcionaremos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Ellos consideran que la fecha prevista de alta es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista de alta.

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que analice nuevamente la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en la que la QIO dijo **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **únicamente** si permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.

Los revisores de la QIO:

- Analizarán nuevamente con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Proporcionaremos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Ellos están de acuerdo con su decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Solicitud para que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata únicamente sobre tres tipos de servicios que podría estar recibiendo:

- servicios de atención médica a domicilio
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare Esto por lo general, significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, debemos informárselo **antes** de que terminen sus servicios. Cuando su cobertura para ese servicio finaliza, dejamos de pagar por él.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso anticipado antes de que termine su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esto se llama “Notice of Medicare Non-Coverage” (Aviso de No Cobertura de Medicare). El aviso le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumplir con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir los plazos. Si piensa que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
  - Llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.
  - Llame al programa de servicio para las necesidades de seguro médico de todos (Serving the Health Insurance Needs of Everyone, SHINE) al
- **Comuníquese con la QIO.**
  - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ella.
  - Pídales que revisen su apelación y decidan si deben cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación por la vía rápida”.** Pregúntele a la QIO si es médicamente adecuado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación para el mediodía del día anterior a la fecha de vigencia que figura en el “Notice of Medicare Non-Coverage” que le enviamos.

El término legal para el aviso por escrito es **"Notice of Medicare Non-Coverage" (Aviso de No Cobertura de Medicare).** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación por la vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura debería continuar. No se le requiere escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan les entregó.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso para el final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es **"Detailed Explanation of Non-Coverage" (Explicación Detallada de la No Cobertura).**

- Los revisores le comunicarán su decisión dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Proporcionaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Usted pagará el costo total de esta atención por sí mismo si decide continuar con los servicios de atención médica a domicilio, la atención en centros de enfermería especializada o los servicios de CORF después de la fecha en que finalice su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que analice nuevamente la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en la que la QIO dijo **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **únicamente** si continúa con la atención después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.

Los revisores de la QIO:

- Analizarán nuevamente con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Le reembolsaremos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura para la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesaria.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Ellos están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Siguientes pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor monetario del servicio o artículo de Medicare que apeló no cumple con un determinado monto mínimo en dólares, no podrá apelar más allá. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelaciones. La carta que reciba de la IRO para su Apelación de Nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación**,** tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
    - Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice **Sí** a su Apelación de Nivel 4 o deniega nuestra solicitud de revisar una decisión de Nivel 3 favorable a usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice **No** o deniega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez de la Corte Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá de la Corte Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) suele cubrir. La carta que reciba de la oficina de Audiencia Justa le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Part D

Esta sección puede ser la adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple con un determinado monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación**:**

- El proceso de apelaciones habrá terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación rápida) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelaciones habrá terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación rápida) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez de la Corte Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá de la Corte Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas

El proceso de queja se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, tales como problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Aquí hay ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de queja.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• Usted no está conforme con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto por su privacidad	• Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor de atención médica o el personal fue grosero o le faltó al respeto. • Nuestro personal lo trató mal. • Piensa que lo están presionando para salir de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma distinto del inglés que habla (como el Lenguaje de Señas Americano o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene dificultades para obtener una cita o espera demasiado tiempo para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.

Reclamo	Ejemplo
Limpieza	• Piensa que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que le entregamos	• Considera que no le enviamos un aviso o carta que debería haber recibido. • Piensa que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones	• Considera que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle el dinero por ciertos servicios médicos. • No considera que hayamos enviado su caso a la IRO a tiempo.

Existen diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y es revisada por este. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a Servicios para Miembros. Se proporciona información de contacto adicional en las Secciones K2 y K3.

> El término legal para una "queja" es una **"queja formal".**
>
> El término legal para "presentar una queja" es **"presentar una queja formal".**

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-855-670-5934 (TTY 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de Medicare Part D. Si la queja es sobre un medicamento de Medicare Part D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores al momento en que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo indicará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo comunicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Puede presentar una queja formal 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
Attn: Appeals & Grievances Department
P.O. Box 474
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.

> **El término legal** para "queja rápida" es **"queja formal expedita".**

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama para hacer un reclamo, es posible que le comuniquemos una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de los 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización sobre el estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.

- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestros motivos. Respondemos independientemente de si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informarle a Medicare sobre su queja o enviársela. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en: es.medicare.gov/my/medicare-complaint. No necesita presentar una queja ante Tufts Health Plan Senior Care Options antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

La Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) si considera que no recibió un tratamiento justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR en:

También puede tener derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA). Puede comunicarse con My Ombudsman para recibir asistencia llamando al 1-855-781-9898 (o usando MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o Videoteléfono (VP) 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a info@myombudsman.org.

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.

- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica financiados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Para conocer más sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.

En Massachusetts, la QIO se llama Acentra Health. El número de teléfono de Acentra Health es 1-888-319-8452.

Capítulo 10: Finalización de su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede finalizar su membresía con nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y MassHealth (Medicaid) siempre que sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice de Contenido

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan 250

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 251

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado 251

C1. Sus servicios de Medicare 251

C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid) 255

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan 256

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan 256

F. Reglas contra la solicitud de que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud .. 257

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan 258

H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía del plan 258

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan

Debido a que cuenta con Medicare y Medicaid (MassHealth), puede dejar nuestro plan inscribiéndose en otro plan que cubra todos sus beneficios, llamado Plan para Personas con Necesidades Especiales Elegibles para Ambos Beneficios (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Puede inscribirse en otro D-SNP en cualquier momento durante el año. Cuando se inscribe en otro D-SNP, su membresía a nuestro plan finalizará automáticamente. No necesita llamar para darse de baja.

Si desea cambiar a un tipo de cobertura diferente, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Abierta**, el cual dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, el cual dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes de derecho a la Part A y Part B hasta el último día del 3er mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que usted sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, en las siguientes situaciones:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) o Extra Help cambió, **o**
- si se mudó recientemente, si actualmente recibe atención, o si acaba de mudarse de un centro de enfermería o de un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (el 1 de febrero, en este ejemplo).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- ❖ Opciones de Medicare en la tabla en la **Sección C1**.
- ❖ Medicaid (MassHealth) services in **Section C2**.

Puede obtener más información sobre cómo puede finalizar su membresía llamando a:

- ❖ Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página. También indica el número para los usuarios de TTY.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), *SHINE* al 1-800-243-4636. os usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla) pueden llamar al 1-800-439-2370.

NOTA: Si está en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre los programas de gestión de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare separado, debe solicitar que se le dé de baja de nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede solicitar que cancelen su inscripción:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En la tabla a continuación de la **Sección C1, página 253**, encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan.
- **La Sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado

Usted tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) si decide dejar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. Cuenta con una opción adicional que se enumera a continuación durante ciertas

épocas del año, incluido el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, finaliza automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. A lo que usted puede cambiarse:	**Qué hacer:**
Otro plan que brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de MassHealth (Medicaid) en un solo plan, también conocido como un plan integrado para personas con necesidades especiales elegibles para ambos beneficios (D-SNP) o un Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo D-SNP integrado. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información, puede hacer lo siguiente: • Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-439-2370. Para obtener más información o para buscar una oficina local de SHINE en su área, visite www.mass.gov/health-insurance-counseling **O BIEN** Inscríbase directamente en un nuevo D-SNP integrado. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

2. A lo que usted puede cambiarse: **Original Medicare con un plan independiente de medicamentos de Medicare.**	**Qué hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare independiente. Si necesita ayuda o más información, puede hacer lo siguiente: Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Para obtener más información o para buscar una oficina local de SHINE en su área, visite www.mass.gov/health-insurance-counseling **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.

3. A lo que usted puede cambiarse: **Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare separado si tiene un motivo de baja válido.** **NOTA:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le indique a Medicare que no desea unirse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si cuenta con cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa SHINE al 1-800-243-4636, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para buscar una oficina local de SHINE en su área, visite www.mass.gov/shine-program.	**Qué hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare. Si necesita ayuda o más información, puede hacer lo siguiente: • Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.

4. A lo que usted puede cambiarse: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertas épocas del año, incluido el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**.	**Qué hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo plan de Medicare. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid)

Algunas personas que deciden no unirse a un plan de Senior Care Options (SCO) pueden inscribirse en un tipo diferente de plan para recibir sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) juntos.

- Si tiene 55 años o más, puede ser elegible para inscribirse en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) (se aplican criterios adicionales). PACE ayuda a los adultos mayores a permanecer en la comunidad en lugar de recibir atención en un centro de enfermería.

Para conocer sobre los planes de PACE y si puede unirse a uno, llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Continúe recibiendo sus servicios y medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, puede tomar tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, usted continuará recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Tufts Health Plan Senior Care Options, nuestro plan cubrirá su estadía hospitalaria hasta que reciba el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que reciba el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Medicare Part B.
- Si ya no califica para MassHealth (Medicaid) y su período de presunción ha terminado. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid).
- Si se une a un programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (MassHealth Home and Community Based Services, HCBS) de MassHealth, excepto la Exención para Ancianos Frágiles.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda a un Centro de Atención Intermedia operado por el Massachusetts Department of Developmental Services.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a la prisión por una ofensa criminal.

- Si miente o retiene información sobre otra cobertura de medicamentos que tenga. Los miembros no pueden tener otro seguro de salud integral para ser elegibles para SCO, con la excepción de Medicare.
- Si tiene o adquiere otro seguro integral para medicamentos o atención médica.
- Si no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un extranjero elegible.
    - Debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un extranjero elegible para ser miembro de nuestro plan.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base.
    - Debemos darle de baja si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) pero se espera que la recupere dentro de un mes, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para MassHealth (Medicaid). Si no puede recuperar MassHealth (Medicaid) dentro de un período de un mes, lo daremos de baja de Tufts Health Plan Senior Care Options. Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de ser dado de baja, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Podemos obligarlo a dejar nuestro plan por las siguientes razones únicamente si obtenemos primero el permiso de Medicare y MassHealth (Medicaid):

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de una manera que resulta perturbadora y dificulta que le brindemos atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su Tarjeta de Identificación de Miembro para recibir atención médica. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si finalizamos su membresía por este motivo).

F. Reglas contra la solicitud de que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si considera que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito para finalizar su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía del plan

Si tiene preguntas o desea más información sobre la finalización de su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página.

Capítulo 11. Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice de Contenido

A. Aviso sobre las leyes 260

B. Aviso sobre la descriminación 260

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso 260

D. Aviso sobre la relación entre Tufts Health Plan Senior Care Options y los proveedores 261

E. Aviso sobre la Sección 1557 de la Ley de Asistencia Asequible (Affordable Care Act) 261

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este *Manual del Miembro*. Las leyes principales que se aplican son las leyes federales sobre los programas de Medicare y MassHealth (Medicaid). Otras leyes federales y estatales también pueden aplicarse.

B. Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos ni lo tratamos de manera diferente debido a su raza, etnicidad, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, 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 ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso

A veces, alguien más debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación de Trabajadores (Workers Compensation) deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de realizar el cobro por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no sea el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relativas a la responsabilidad legal de terceros para los servicios de atención médica a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que MassHealth (Medicaid) sea el pagador de último recurso.

D. Aviso sobre la relación entre Tufts Health Plan Senior Care Options y los proveedores

Tufts Health Plan Senior Care Options proporciona cobertura para servicios de atención médica. Tufts Health Plan Senior Care Options no proporciona servicios de cuidado de la salud. Tufts Health Plan Senior Care Options tiene acuerdos contractuales con proveedores que ejercen en instalaciones y consultorios privados en toda el área de servicio. Estos proveedores son independientes. Ellos no son empleados ni representantes de Tufts Health Plan Senior Care Options. Los proveedores no están autorizados a cambiar este Manual del Miembro ni a asumir o crear ninguna obligación para Tufts Health Plan Senior Care Options que sea inconsistente con este Manual del Miembro.

E. Aviso sobre la Sección 1557 de la Ley de Asistencia Asequible (Affordable Care Act)

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, 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, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.
Tufts Health Plan:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
- Información impresa en diferentes formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página.

Si considera que Tufts Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal ante:

Tufts Health Plan, Attention:
Civil Rights Legal Coordinator
1 Wellness Way
Canton, MA 02021-1166
Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000
TTY: 711

Español: 1-866-930-9252
Fax: 1-617-668-2754
Correo electrónico: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el
El Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarle.
También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados
Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de la Oficina de Derechos
Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf or by mail or phone en:

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 queja están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave utilizados a lo largo de este *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que busca o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Nota: Las referencias al costo compartido en las definiciones a continuación no se aplican a los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), usted no tiene costos de su propio bolsillo para los servicios cubiertos.

Actividades de la vida diaria (ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, tales como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administración de Terapia Farmacológica (MTM): Es un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con determinados requisitos o que se encuentran en un Programa de Gestión de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico u otro proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el Capítulo 5 de este Manual del Miembro para obtener más información.

Administrador de Atención: Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Afiliado a Medicare-Medicaid: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Un afiliado a Medicare-MassHealth (Medicaid) también se denomina “persona elegible para ambos beneficios”.

Apelación: Una forma de impugnar nuestra medida si considera que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El Capítulo 9 de este *Manual del Miembro* explica las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función de dónde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asistente de atención médica a domicilio: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, tales como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los asistentes de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia y que se necesitan para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación brindados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero registrado o un médico pueden administrar.

Atención médica necesaria con urgencia: Atención que se recibe para una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención médica necesaria con urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a ellos porque, dadas sus circunstancias de tiempo, lugar o situación, no sea posible o sea irrazonable obtener los servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio de

nuestro plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica).

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de MassHealth (Medicaid) que no aprobamos, o si no continuamos pagando por un servicio de MassHealth (Medicaid) que ya recibe, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización Previa (PA): Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan una PA de nuestro plan están señalados en el Capítulo 4 de este *Manual del Miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan una PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Baja: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por su propia elección) o involuntaria (no por su propia elección).

Biosimilar Intercambiable: Un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta debido a que cumple con requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Vaya a “Biosimilar intercambiable”).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que brinda instrucción adicional a nuestros proveedores de atención médica, la cual les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF): Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Brinda una variedad de servicios, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y de quienes no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 de este *Manual del Miembro* explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) de la cual se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una penalización si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (Geriatric Support Services Coordinator, GSSC): Un empleado del Aging Services Access Point (ASAP) que ha sido certificado por cumplir con las calificaciones para participar como parte de un Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT).

Cuidado supervisado: El cuidado supervisado es la atención personal que se brinda en un hogar de ancianos, hospicio u otro entorno de centro cuando usted no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado supervisado, 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 supervisado. El cuidado supervisado está cubierto por MassHealth (Medicaid).

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o la cantidad que pagamos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 de este *Manual del Miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la Organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, tomamos una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 de este *Manual del Miembro* explica las decisiones de cobertura.

Determinación integrada de la organización: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

D-SNP integrado: Un plan para personas con necesidades especiales elegibles para ambos beneficios que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de MassHealth (Medicaid) bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid). Estas personas se conocen como personas elegibles para ambos beneficios con derecho a la cobertura total.

Emergencia: Una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida o el daño grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo de atención: Un equipo integrado por usted, su proveedor de atención primaria (PCP) y su RNC. Este equipo trabaja en conjunto para coordinar su atención y ayudarle a alcanzar sus metas.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que su médico ordena para usar en su propio hogar. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que brinda atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado: Una estadía hospitalaria es cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que todavía se le considere un “paciente ambulatorio”.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): Una revisión de sus antecedentes médicos y de su afección actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Extra Help: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de Medicare Part D, tales como primas, deducibles y copagos. El programa Extra Help también se denomina “Low-Income Subsidy” o “LIS”.

Facturación incorrecta/inadecuada: Una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura una cantidad mayor a nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no comprende. Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted no adeuda ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría -de- los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hogar o centro de enfermería: Un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Hospicio: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de seis meses o menos.

- Un inscrito que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir los servicios de hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención a la persona en su totalidad, lo que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a entregarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Indicación médicamente aceptada – Un uso de un medicamento que está aprobado por la Food and Drug Administration o respaldado por ciertas referencias tales como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema Micromedex DRUGDEX Information.

Información médica personal (también llamada información médica protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, tal como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Juez de derecho administrativo: Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Una lista de medicamentos con receta y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de Medicamentos a veces se denomina “formulario”.

***Manual del Miembro* e Información de Divulgación:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional (riders), los cuales explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

MassHealth (Medicaid): El programa Medicaid de la Commonwealth de Massachusetts. MassHealth es administrado por el estado y es financiado por el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención de salud están cubiertos si usted cumple los requisitos de Medicare y Medicaid.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Medicamento de marca: Un medicamento fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo fabricó Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos usualmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya terminado.

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamento necesario: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Además, un servicio se considera médicamente necesario si puede ayudarle a mejorar, mantenerse igual o mejorar su salud o funcionamiento diario, o prevenir que su salud o funcionamiento empeore si la atención se retrasa, se reduce o no se proporciona.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Part D: Consulte “Medicamentos de Medicare Part D.”

Medicamentos de Medicare Part D: Medicamentos cubiertos bajo Medicare Part D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura bajo Medicare Part D. MassHealth (Medicaid) podría cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre son medicamentos que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la atención médica.

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Part C” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare Part A: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospicio, atención médica a domicilio, centros de enfermería especializada y atención hospitalaria médicamente necesarios.

Medicare Part B: El programa de Medicare que cubre los servicios (tales como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (tales como sillas de ruedas y caminadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Part C: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Medicare Part D: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa “Part D” para abreviar. Medicare Part D cubre medicamentos ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por Medicare Part A, Medicare Part B o MassHealth (Medicaid). Nuestro plan incluye Medicare Part D. Nuestro plan incluye Medicare Part D.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, 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 de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan, o miembro del plan): Una persona con Medicare y MassHealth (Medicaid) que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y el estado.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): Si sus ingresos brutos ajustados modificados, tal como se reportan en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, superan una cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido 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 más alta.

Ombudsman: Una oficina en su estado que trabaja como defensora en su nombre. Pueden responder a sus preguntas si tiene algún problema o queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los Capítulos 2 y 9 de este *Manual del Miembro*.

Organización de mejora de la calidad (Quality improvement organization, QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 de este Manual del Miembro para obtener información sobre la QIO.

Organización de Revisión Independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es Entidad de Revisión Independiente.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Original Medicare, los servicios se cubren pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades que el Congreso determine.

- Puede utilizar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Medicare Part A (seguro de

hospital) y Medicare Part B (seguro médico).

- Original Medicare está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente hospitalizado: Término utilizado cuando es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, es posible que se le considere un paciente ambulatorio en lugar de un paciente internado, incluso si pasa la noche.

Part A: Consulte “Medicare Part A.”

Part B: Consulte “Medicare Part B.”

Part C: Consulte “Medicare Part C.”

Part D: Consulte “Medicare Part D.”

Penalización por inscripción tardía de la Part D: Una cantidad que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si permanece sin cobertura acreditable (cobertura de la cual se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para unirse a un plan de la Part D. Si pierde el beneficio de Extra Help, podría estar sujeto a la penalización por inscripción tardía si pasa 63 días o más consecutivos sin la Part D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Período de beneficios: La forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF). 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 hospitalizados (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 límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: El período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan de 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 durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período Inicial de Inscripción: Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Part A y Medicare Part B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período Inicial de Inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Personas elegibles para ambos beneficios: Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid).

Plan de atención: Un plan personalizado desarrollado por usted y su equipo de atención. Enumera sus necesidades, sus metas y los servicios y apoyos que recibirá. Puede revisar y actualizar su plan de atención en cualquier momento.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que contrata con Medicare para proporcionar beneficios de la Part A y Part B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de costo de Medicare, los planes para personas con necesidades especiales, los programas piloto/demostración y los programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Plan de salud: Una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con Administradores de Atención para ayudarle a administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Plan para Personas con Necesidades Especiales Elegibles para Ambos Beneficios (Dual eligible special needs plan, D-SNP): Plan de salud que brinda servicios a personas que son elegibles tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid). Nuestro plan es un D-SNP.

Plan para Personas con Necesidades Especiales Equivalente a una Institución (Institutional Equivalent Special Needs Plan, SNP): Un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional basado en la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse utilizando el mismo instrumento de evaluación del nivel de atención del estado correspondiente y ser administrada por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Personas con Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de vida asistida (ALF) contratado, si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan para Personas con Necesidades Especiales Institucional (Institutional Special Needs Plan, SNP): Un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o que se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF); un Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados y/o centros aprobados por los CMS que proporcionen servicios de atención médica a largo plazo similares que estén cubiertos bajo Medicare Part A, Medicare Part B o Medicaid; y cuyos residentes tengan necesidades y un estado de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) el o los centros de LTC específicos.

Plan para Personas con Necesidades Especiales: Un tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda una atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, tales como aquellas que tienen tanto Medicare como MassHealth (Medicaid), que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Póliza de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las "brechas" de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Producto Biológico Original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Producto biológico: Un medicamento que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también "Producto Biológico Original" y "Biosimilar").

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas.

Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) juntos para personas de 55 años de edad o más que necesitan un nivel de atención más alto para vivir en su hogar.

Programa de descuento del fabricante: Un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Part D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de gestión de medicamentos (DMP): Es un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que con frecuencia se usan de forma indebida.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Prótesis y aparatos ortopédicos: Dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica 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 cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Ellos se aseguran de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención de salud acerca de su atención y derivarlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor de atención

primaria antes de utilizar cualquier otro proveedor de atención médica.

- Consulte el Capítulo 3 de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo recibir atención de los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

- Cuentan con licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros una cantidad adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para recibir los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no está contratado, no es propiedad ni es operado por nuestro plan y no está bajo contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 de este Manual del Miembro explica los proveedores o centros fuera de la red.

Punto de Acceso de Servicios para Personas Mayores (Aging Services Access Point, ASAP): Una entidad que contrata con la Massachusetts Executive Office of Elder Affairs para administrar el Programa de Atención en el Hogar, brindando a las personas mayores acceso a servicios y apoyos a largo plazo.

Queja formal: Una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio brindado por su plan de salud.

Queja integrada: Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Esto no involucra disputas de cobertura o de pago.

Queja: Una declaración escrita o hablada que indica que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o su atención. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal".

Real Time Benefit Tool: Un portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: Una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para utilizar un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para utilizar a ciertos especialistas, tales como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los Capítulos 3 y 4 de este Manual del Miembro.

Salud Conductual: Un término integral que se refiere a los trastornos de salud mental y por uso de sustancias.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): Un beneficio mensual que la Seguridad Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o que tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios de la Seguridad Social.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B.

Servicios cubiertos: El término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre (OTC), el equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Estos servicios incluyen la atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. Consulte el Capítulo 4 de este Manual del Miembro para conocer más sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios Excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios para Miembros: Un departamento en nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre la membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 de este Manual del Miembro para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Servicios y apoyos a largo plazo (Long-term services and supports, LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería o a un hospital. Los LTSS incluyen los Servicios Basados en la Comunidad y los Centros de Enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Extra Help.”

Terapia Escalonada: Una regla de cobertura que requiere que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Servicios para Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options

LLAME AL	**1-855-670-5934** Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 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 cuenta con servicios de intérpretes de idiomas gratuitos disponibles.
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, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 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 ATTN: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos) (SHIP de Massachusetts)
SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito 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/shine-program

Declaración de divulgación 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 OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850