

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018**

## **Evidencia de cobertura:**

### **Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO SNP)**

Este manual brinda detalles sobre su cobertura de atención médica, atención a largo plazo, servicios domiciliarios y comunitarios y de medicamentos recetados de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018. Le explica cómo obtener los servicios médicos y los medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Tufts Health Plan Senior Care Options, se ofrece a través de Tufts Health Plan (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Tufts Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Tufts Health Plan Senior Care Options).

Tufts Health Plan es un plan HMO-SNP con contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de la Commonwealth of Massachusetts. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.

Tufts Health Plan Senior Care Options es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, [EOHHS]) y los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

HMO-SNP es un plan para las personas que tienen MassHealth Standard (Medicaid) y las Partes A y B de Medicare. SCO es un plan para las personas que solo tienen MassHealth Standard.

Este documento está disponible en forma gratuita en inglés.

Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicio al cliente al 1-800-701-9000. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-208-9562). El horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. El horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil. Esta información está disponible en un formato diferente, incluso impreso en letras grandes.

Los beneficios o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2019.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden sufrir modificaciones en cualquier momento. Le enviaremos un aviso cuando sea necesario.

**Evidencia de cobertura 2018****Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas son su punto de partida. Para obtener ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de cualquier capítulo.

**Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

<b>Capítulo 1. Comenzar como miembro.....</b>	<b>4</b>
Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este manual. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.	
<b>Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes.....</b>	<b>19</b>
Informa cómo comunicarse con nuestro plan (Tufts Health Plan Senior Care Options) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, MassHealth (Medicaid) (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Agencia Jubilaria de Trabajadores Ferroviarios.	
<b>Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos .....</b>	<b>39</b>
Explica cosas importantes que debe saber sobre cómo recibir su atención médica si es miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención médica cuando tiene una emergencia.	
<b>Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto) .....</b>	<b>57</b>
Proporciona los detalles sobre qué tipos de atención médica usted tiene cubiertos y <i>no</i> cubiertos como miembro de nuestro plan.	
<b>Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D .....</b>	<b>111</b>
Explica las normas que debe respetar cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Informa cómo utilizar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Informa qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde adquirir sus medicamentos recetados. Informa sobre los programas que tiene el plan sobre la seguridad y la administración de medicamentos.	

**Índice**

---

<b>Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....</b>	<b>137</b>
Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos un reembolso por sus servicios o medicamentos cubiertos.	
<b>Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>145</b>
Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Informa lo que puede hacer si cree que no se respetan sus derechos.	
<b>Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .....</b>	<b>158</b>
Informa detalladamente qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Explica cómo debe solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o las restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados, y solicitarnos que continuemos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura va a finalizar muy pronto.</li><li>• Explica cómo debe presentar quejas sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.</li></ul>	
<b>Capítulo 9. Cómo finalizar su membresía en el plan.....</b>	<b>227</b>
Explica cuándo y cómo puede ponerle fin a su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe poner fin a su membresía.	
<b>Capítulo 10. Avisos legales .....</b>	<b>235</b>
Incluye avisos sobre la ley vigente y la no discriminación.	
<b>Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes .....</b>	<b>239</b>
Explica el significado de términos clave utilizados en este manual.	
<b>Anexo 1. Servicios de interpretación en múltiples idiomas .....</b>	<b>249</b>

# CAPÍTULO 1

*Comenzar como miembro*

**Capítulo 1. Comenzar como miembro****Capítulo 1. Comenzar como miembro**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan para necesidades especiales) .....	6
Sección 1.2	¿De qué trata el manual <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....	7
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan? .....</b>	<b>8</b>
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad.....	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	9
Sección 2.3	¿Qué es MassHealth Standard (Medicaid)? .....	9
Sección 2.4	Ésta es el área de servicio del plan para Tufts Health Plan Senior Care Options .....	10
Sección 2.5	Ciudadanía o estadía legal en los Estados Unidos .....	10
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? .....</b>	<b>10</b>
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para obtener toda la atención médica y medicamentos recetados cubiertos.....	10
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía de todos los proveedores de la red del plan .....	11
Sección 3.3	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía para las farmacias de nuestra red ....	12
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos del plan ( <i>Formulario</i> ) .....	12
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos efectuados para sus medicamentos recetados de la Parte D .....	13
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Su prima mensual para Tufts Health Plan Senior Care Options.....</b>	<b>13</b>
Sección 4.1	¿Cuál es el monto de su prima del plan?.....	13
Sección 4.2	¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año?.....	14
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de membresía.....</b>	<b>15</b>
Sección 5.1	Cómo ayudarnos a garantizar que tenemos información precisa sobre usted.....	15
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información de salud personal .....</b>	<b>16</b>
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida .....	16

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....</b>	<b>16</b>
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....	16

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Usted está inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan para necesidades especiales)</b>
--------------------	---

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

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

Usted ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) con nuestro plan, Tufts Health Plan Senior Care Options.

Existen distintos tipos de planes de salud de Medicare. Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan para necesidades especiales” de Medicare), es decir que sus beneficios están diseñados para personas que requieren una atención médica especializada. Tufts Health Plan Senior Care Options está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

**La cobertura provista por este plan califica como cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés)** y cumple con los requisitos de responsabilidad individual y compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS):

<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth Standard (Medicaid) con la participación en los costos de la Parte A y de la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no deba pagar nada por los servicios de atención médica de Medicare. MassHealth Standard (Medicaid) le brinda además otros beneficios al cubrir servicios de atención médica como los medicamentos recetados, atención a largo plazo o servicios domiciliarios o comunitarios que generalmente no están cubiertos con Medicare. Usted también recibirá “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Tufts Health Plan Senior Care Options lo ayudará a administrar todos estos beneficios para recibir los servicios de atención médica y la asistencia en los pagos que le corresponden como miembro del plan.

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

Tufts Health Plan Senior Care Options es operado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare cuenta con la aprobación de Medicare. Asimismo, el plan tiene un contrato con el programa Massachusetts Medicaid para coordinar sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid), incluida su cobertura de medicamentos recetados, la atención a largo plazo o los servicios domiciliarios y comunitarios.

**Sección 1.2 ¿De qué trata el manual *Evidencia de cobertura*?**

Este manual de *Evidencia de cobertura* le brinda información sobre cómo obtener los servicios de atención médica, atención a largo plazo o servicios domiciliarios y comunitarios de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid), además de los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. En este manual se explican sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, a los servicios domiciliarios y comunitarios, a los servicios médicos y a los medicamentos recetados a los que usted tiene acceso como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options.

Es importante que usted conozca las normas del plan y qué servicios tiene a su disposición. Le recomendamos que se tome un tiempo para estudiar este manual de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el departamento de Servicios al cliente de nuestro plan (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

**Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*****Forma parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte del contrato que establecemos con usted respecto de cómo Tufts Health Plan Senior Care Options cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscripto en Tufts Health Plan Senior Care Options entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de Tufts Health Plan Senior Care Options después del 31 de diciembre de 2018. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2018.



**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

**Medicare debe aprobar nuestro plan cada año**

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y la Commonwealth of Massachusetts deben aprobar Tufts Health Plan Senior Care Options cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del plan.

---

**SECCIÓN 2      ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan?**

---

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

*Usted es elegible para la membresía de nuestro plan siempre que:*

- Usted tenga la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare)
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio)
- -- y -- usted sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos
- -- y -- no padezca enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas, por ejemplo, si contrae ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o si era miembro de un plan diferente que finalizó.
- -- y -- cumpla con los requisitos de elegibilidad especiales descritos a continuación.

**Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para cumplir con las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). (MassHealth Standards (Medicaid) es un programa estatal y federal conjunto que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos. Para ser elegible para nuestro plan, usted debe:

- Tener 65 años de edad o ser mayor.
- Estar inscripto en MassHealth Standard.
- Vivir en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 describe nuestra área de servicio).
- No haber sido diagnosticado con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).
- Vivir en su casa o en un centro de cuidado a largo plazo (El miembro no puede estar internado en un hospital de rehabilitación o para enfermos crónicos ni residir en un centro de cuidados intermedios para personas con retraso mental.)

## Capítulo 1. Comenzar como miembro

---

Es posible que también reúna los requisitos si es elegible para el programa Frail Elder Waiver (FEW). Para obtener información sobre el programa FEW, comuníquese con Aging Services Access Points (ASAPs) al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) TTY: 1-800-872-0166.

Importante: Si usted pierde su elegibilidad pero existen motivos razonables para suponer que volverá a ser elegible dentro de un mes, aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 se describe la cobertura y participación en los costos durante un período de continuidad de elegibilidad).

### Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió originalmente en Medicare, usted recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios de internación, centros de enfermería especializada o agencias de servicios médicos domiciliarios).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros).

### Sección 2.3 ¿Qué es MassHealth Standard (Medicaid)?

MassHealth (Medicaid) es un programa estatal y federal conjunto que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos y de cuidados a largo plazo. Cada estado decide sobre lo que se considera ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y los costos de los servicios. Los Estados también deciden cómo administrar su programa, siempre que cumplan con las pautas federales.

Además, existen programas ofrecidos a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de MassHealth (Medicaid) (QMB+)).
- **Beneficiario específico de ingresos bajos de Medicare (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

**Sección 2.4      Ésta es el área de servicio del plan para Tufts Health Plan Senior Care Options**

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Massachusetts: Barnstable, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que se ofrezca en su nueva ubicación.

También es importante que informe al Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

**Sección 2.5      Ciudadanía o estadia legal en los Estados Unidos**

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le informarán a Tufts Health Plan Senior Care Options si usted no es elegible para seguir siendo miembro por no cumplir con este requisito. En ese caso, Tufts Health Plan Senior Care Options lo dará de baja como miembro.

---

**SECCIÓN 3      ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?**



---

**Sección 3.1      Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para obtener toda la atención médica y medicamentos recetados cubiertos**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. La siguiente es una muestra de la tarjeta de membresía que ilustra cómo será la suya:

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

Frente:

		<b>Senior Care Options (HMO SNP)</b>	
PCP FIRSTNAME LASTNAME, MD		Copays \$0 PCP OV \$0 Spec OV \$0 ER	
RxBIN	004336		
RxPCN	MEDDADV		
RxGRP	RX8657		
Plan	(80840)	Issued: MM/DD/YYYY CMS - H2256 - XXX	
ID	<b>S12345678</b>		
Name	FIRSTNAME LASTNAME		

Dorso:

<b>IN AN EMERGENCY:</b> If your life is in danger, call 911 or go to the nearest emergency room. Call your PCP as soon as possible.
<b>Customer Relations:</b> 1-855-670-5934 (TTY: 1-855-670-5936) <b>Provider Relations:</b> 1-800-279-9022 <b>DentaQuest:</b> 1-888-309-6508
<b>Send Medical Claims to:</b> Tufts Health Plan Senior Care Options, P.O. Box 9183, Watertown, MA 02471-9183
<b>Send Pharmacy Claims to:</b> CVS/Caremark, Medicare Part D Paper Claims, P.O. Box 52092, Phoenix, AZ 85072-2092
<b>Send Dental Claims to:</b> DentaQuest, Tufts Health Plan Senior Care Options, 12121 N. Corporate Parkway, Mequon, WI 53092
<b>Website:</b> <a href="http://www.thmp.org/sco">www.thmp.org/sco</a>

Mientras sea miembro de nuestro plan, **usted no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de cuidados paliativos). Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante.

**Esto es muy importante por lo siguiente:** Si usted obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de utilizar su tarjeta de membresía de Tufts Health Plan Senior Care Options mientras es miembro del plan, podría tener que pagar el costo total.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o se la robaron, llame a Servicios al cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono para llamar a Atención al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

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

El Directorio de proveedores es una lista de los proveedores y las farmacias de nuestra red. Todos los proveedores de este Directorio de proveedores aceptan tanto Medicare como Medicaid.

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

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales, centros de atención de día para adultos, centros de cuidados a largo plazo, proveedores de servicios domiciliarios y comunitarios y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y toda participación en los costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

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

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras es miembro de nuestro plan, usted debe utilizar proveedores de la red para recibir la atención y los servicios médicos. Las únicas excepciones son casos de emergencia, atención de urgencia cuando la red no está disponible (en general, cuando usted se encuentra fuera del área de servicio), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *Tufts Health Plan Senior Care Options* autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene un ejemplar del *Directorio de proveedores*, puede solicitar uno a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual). Puede solicitar a Servicios al cliente más información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas sus calificaciones. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en [thmp.org/sco](http://thmp.org/sco), o descargarlo en este sitio web. Tanto Servicios al cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

<b>Sección 3.3</b>	<b>El Directorio de proveedores: Su guía para las farmacias de nuestra red</b>
--------------------	--

**¿Cuáles son las “farmacias de la red”?**

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado dispensar medicamentos cubiertos a nuestros miembros del plan.

**¿Por qué necesita conocer las farmacias de la red?**

Puede consultar el *Directorio de proveedores* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Para el próximo año, habrá modificaciones en nuestra red de farmacias. Hay un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web [thmp.org/sco](http://thmp.org/sco). También puede llamar a Servicios al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Revise el Directorio de Proveedores de 2018 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

<b>Sección 3.4</b>	<b>La Lista de medicamentos cubiertos del plan (<i>Formulario</i>)</b>
--------------------	--

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”. Informa qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluidos en Tufts Health Plan Senior Care Options.

Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). La Lista de medicamentos le indica cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por MassHealth Standard (Medicaid).

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de Tufts Health Plan Senior Care Options.

La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas que limitan la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos un ejemplar de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([thpmp.org/sco](http://thpmp.org/sco)) o llamar a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

<b>Sección 3.5</b>	<b>La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos efectuados para sus medicamentos recetados de la Parte D</b>
--------------------	--

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido que le servirá para comprender y realizar un seguimiento de los pagos efectuados por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le indica el monto total que usted, o terceros en su nombre, gastaron en sus medicamentos recetados de la Parte D, y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La Sección 11 del Capítulo 5 (*Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que usted se encuentra*) brinda información adicional sobre la *Explicación de los beneficios* y cómo puede servirle para hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible a pedido. Para obtener un ejemplar, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

---

**SECCIÓN 4 Su prima mensual para Tufts Health Plan Senior Care Options**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Cuál es el monto de su prima del plan?</b>
--------------------	--

Usted no debe pagar una prima mensual separada del plan para Tufts Health Plan Senior Care Options. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que MassHealth (Medicaid) o un tercero paguen su prima de la Parte B).

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

**Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explicó anteriormente en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, usted debe preservar su derecho de acceso a MassHealth Standard (Medicaid), tener derecho a la Parte A y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options, MassHealth (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si usted no reúne los requisitos en forma automática) y la prima de la Parte B. Si MassHealth (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.

Algunas personas pagan un monto adicional por la Parte D debido a su ingreso anual; esto se conoce como Cantidades de ajuste mensual relacionadas con el ingreso, también conocidas como IRMAA. Si su ingreso es más de \$85,000 para una persona (o personas casadas que declaran impuestos por separado) o más de \$170,000 para parejas casadas, **usted debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por la cobertura de la Parte D de Medicare.

- Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta para informarle cuál será la cantidad adicional. Si sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento que cambió su vida, puede solicitarle al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si usted debe pagar una cantidad adicional y no la paga, se le dará de baja a su inscripción en el plan.**
- También puede visitar el sitio web <https://www.medicare.gov>, o bien llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. O también puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su ejemplar de *Medicare y usted 2018* brinda información sobre las primas de Medicare en la sección llamada “Costos de Medicare 2018”. Todas las personas que tienen Medicare reciben un ejemplar de *Medicare y usted* cada otoño. Los usuarios nuevos de Medicare lo reciben dentro del mes de su fecha de inscripción. También puede descargar un ejemplar de *Medicare y usted 2018* del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O también puede solicitar un ejemplar impreso llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Sección 4.2****¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año?**

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

---

**SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Cómo ayudarnos a garantizar que tenemos información precisa sobre usted</b>
--------------------	--

La información de su registro de membresía proviene de su formulario de inscripción, incluidos su domicilio y número de teléfono. Indica su cobertura específica del plan, incluido su médico de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben contar con información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y qué participación en los costos tiene usted.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

**Infórmenos sobre estos cambios:**

- Cambios en su nombre, domicilio o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como la de su empleador, empleador de su cónyuge, seguro de accidentes de trabajo o MassHealthStandard (Medicaid))
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad, tales como demandas por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en una residencia para adultos mayores
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si cambia su persona responsable designada (por ej., la persona a cargo de su cuidado)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cualquiera de estos datos cambia, llame a Servicios al cliente para avisarnos (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual). Los miembros con una cuenta personal en línea pueden actualizar algunos datos en nuestro sitio web. Para obtener información sobre cómo abrir una cuenta personal segura, llame a Servicios al cliente o visite [thpmp.org/registration](http://thpmp.org/registration).

También es importante que informe al Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Cualquier cambio que afecte su derecho de acceso a MassHealth (Medicaid) también debe informarse dentro de un plazo de 10 días, o antes, de ser posible.

Si debe informar algún cambio, comuníquese con MassHealth (Medicaid) a través de uno de los siguientes medios:



**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

- Llame a MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648).
- Envíe un fax a MassHealth (Medicaid) al 1-857-323-8300
- O envíe un aviso a MassHealth (Medicaid) por correo postal a la siguiente dirección:  
Health Insurance Processing Center  
P.O. Box 4405  
Taunton, MA 02780.

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

Medicare nos exige que reunamos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otros seguros, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumerará cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o tiene otra cobertura que no está indicada, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

---

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

---

**Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida**

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

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

---

**SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan**

---

**Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?**

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura médica grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare según las cuales se decide si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga los gastos hasta alcanzar los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar se denomina “pagador

**Capítulo 1. Comenzar como miembro**

---

secundario” y paga solo si existieran gastos que no cubre la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague la totalidad de los gastos no cubiertos.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal depende de su empleo actual o el de un familiar, qué plan pagará primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador, y si usted tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
  - Si usted es menor de 65 años, discapacitado y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene más de 100 empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
  - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene más de 20 empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare a causa de una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted pasa a ser elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin atribución de culpabilidad (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por neumoconiosis
- Seguro de accidentes de trabajo

MassHealth Standard (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan una vez que Medicare o los planes médicos grupales del empleador hayan pagado.

Si usted cuenta con otro seguro, deberá informar a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). Es posible que tenga que brindarles a sus otros aseguradores su número de identificación de miembro del plan (después de confirmar su identidad), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

# CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y  
recursos importantes*

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

---

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos de Tufts Health Plan Senior Care Options (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con Servicios al cliente del plan) .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) .....</b>	<b>28</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....</b>	<b>29</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención médica que reciben las personas con Medicare) .....</b>	<b>30</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social .....</b>	<b>31</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>MassHealth (Medicaid) (programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados con sus gastos médicos) .....</b>	<b>32</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados.....</b>	<b>35</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo comunicarse con la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios .....</b>	<b>36</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Puede recibir ayuda de las Agencias para adultos mayores .....</b>	<b>36</b>

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


---

## **SECCIÓN 1      Contactos de Tufts Health Plan Senior Care Options** (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con Servicios al cliente del plan)

---

**Cómo comunicarse con Servicios al cliente de nuestro plan**

Para solicitar asistencia por preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba al área de Servicios al Cliente de Tufts Health Plan Senior Care Options. Nos complacerá ayudarlo.

<b>Método</b>	<b>Servicios al cliente – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p> <p>Profesional de atención de la salud disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Servicio al cliente también tiene servicio de intérpretes gratuito para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-670-5936</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p>
<b>FAX</b>	617-972-9487
<b>CORREO POSTAL</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options Attn: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://thpmp.org/sco">thpmp.org/sco</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisiones de cobertura.

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura para la atención médica – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratuitas. . Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
<b>TTY</b>	1-855-670-5936 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. . Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
<b>FAX</b>	617-972-9487
<b>CORREO POSTAL</b>	Tufts Health Plan Senior Care Options Attn: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica**

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

<b>Método</b>	<b>Apelaciones para la atención médica - Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-670-5936</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. (Del 1 de octubre hasta el 14 de febrero, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p>
<b>FAX</b>	617-972-9516
<b>CORREO POSTAL</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options  Attn: Appeals and Grievances  P.O. Box 9193  Watertown, MA 02471-9193</p>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una queja acerca de su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o algunos de nuestros proveedores de la red, incluidas las quejas con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por pagos o cobertura. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre la atención médica - Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-670-5936</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p>
<b>FAX</b>	617-972-9516
<b>CORREO POSTAL</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 9193 Watertown, MA 02471-9193</p>
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	<p>Usted puede presentar una queja sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare a través de Internet, visite <a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>.</p>



**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
<b>TTY</b>	1-855-670-5936 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
<b>FAX</b>	617-673-0956
<b>CORREO POSTAL</b>	Tufts Health Plan Senior Care Options Attn: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://thpmp.org/sco">thpmp.org/sco</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D**

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

<b>Método</b>	<b>Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. . (Del 1 de octubre hasta el 14 de febrero, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). En caso de apelaciones urgentes por la Parte D en fines de semana o feriados, llame a Servicios al cliente y siga las indicaciones. El especialista en Apelaciones y quejas de turno lo llamará dentro de las 24 horas.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-670-5936</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p>
<b>FAX</b>	617-972-9516
<b>CORREO POSTAL</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options  Attn: Appeals and Grievances  P.O. Box 9193  Watertown, MA 02471-9193</p>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D**

Puede presentar una queja sobre nosotros o algunas de nuestras farmacias de la red, incluidas las quejas con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por pagos o cobertura. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
<b>TTY</b>	1-855-670-5936 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.
<b>FAX</b>	617-972-9516
<b>CORREO POSTAL</b>	Tufts Health Plan Senior Care Options Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 9193 Watertown, MA 02471-9193
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Usted puede presentar una queja sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para enviarle una queja a Medicare a través de Internet, visite <a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Dónde debe enviarnos una solicitud para pedir que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que ha recibido**

Para obtener más información sobre cómo puede solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que usted ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

**Importante:** Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

<b>Método</b>	<b>Solicitud de pago – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-670-5936</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p>
<b>FAX</b>	617-972-1028
<b>CORREO POSTAL</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options P.O. Box 9183 Watertown, MA 02471-9183</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://thpmp.org/sco">thpmp.org/sco</a>

---

## **SECCIÓN 2 Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

---

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada “CMS”). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones de Medicare Advantage, entre las cuales estamos nosotros.

<b>Método</b>	<b>Medicare – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.medicare.gov">https://www.medicare.gov</a> Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias para adultos mayores, médicos, agencias de servicios médicos domiciliarios y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.  El sitio web de Medicare también ofrece información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare mediante las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> Brinda información sobre el estado de elegibilidad para tener acceso a Medicare.</li><li>• <b>Buscador de planes de Medicare:</b> Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas le ofrecen un <i>cálculo aproximado</i> de sus gastos del propio bolsillo en diferentes planes de Medicare.</li></ul>

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

<b>Método</b>	<b>Medicare – Información de contacto</b>
<b>SITIO WEB</b> (continuación)	<p>También puede usar el sitio web para presentarle sus quejas a Medicare sobre Tufts Health Plan Senior Care Options:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informe a Medicare de su queja:</b> Usted puede presentar una queja sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite <a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.</li> </ul> <p>Si no tiene una computadora, puede pedir ayuda en su centro para personas de la tercera edad o la biblioteca local para visitar este sitio web en sus computadoras. También puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. . (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

---

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

---

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el programa SHIP se denomina SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro de salud para todos).

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

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos relacionados con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas relacionados con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan.

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

<b>Método</b>	<b>SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro de salud para todos) (Massachusetts SHIP) - Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-243-4636 (1-800-AGE-INFO)
<b>TTY</b>	1-800-872-0166 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
<b>CORREO POSTAL</b>	Llame al número que aparece más arriba para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/elders/healthcare/shine/serving-the-health-information-needs-of-elders.html">www.mass.gov/elders/healthcare/shine/serving-the-health-information-needs-of-elders.html</a>

---

#### **SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención médica que reciben las personas con Medicare)**

---

En cada estado, existe una Organización para la mejora de la calidad para atender a los beneficiarios de Medicare. En Massachusetts, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura de su internación va a finalizar muy pronto.
- Si cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) va a finalizar muy pronto.

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

<b>Método</b>	<b>Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts) – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-866-815-5440 Horario para quejas: de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Horario para apelaciones: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. Hay disponible un servicio de buzón de voz las 24 horas
<b>TTY</b>	1-866-868-2289 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
<b>CORREO POSTAL</b>	Livanta BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://bfccqioarea1.com/">http://bfccqioarea1.com/</a>

**SECCIÓN 5 Seguro Social**

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que son mayores de 65 años, que tienen una discapacidad o que padecen enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local de su Seguro Social.

El Seguro Social también se ocupa de determinar quién debe pagar un monto extra por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que reciben un ingreso superior. Si recibe una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar el monto adicional y usted tiene dudas respecto de ese monto, o si su ingreso disminuyó a causa de un hecho que cambió su vida, puede comunicarse con el Seguro Social y solicitar que reconsideren la decisión.

Es importante que llame y avise al Seguro Social si usted se muda o cambia su dirección de correo postal.



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

Método	Seguro Social – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones durante las 24 horas del día.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.ssa.gov">https://www.ssa.gov</a>

---

## **SECCIÓN 6      MassHealth (Medicaid)** (programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados con sus gastos médicos)

---

MassHealth (Medicaid) es un programa estatal y federal conjunto que ayuda a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados con sus gastos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para MassHealth Standard (Medicaid). Los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options deben estar inscritos en MassHealth Standard.

MassHealth Standard (Medicaid) paga por los servicios no cubiertos por Medicare, y cubrirá ciertos servicios una vez que se hayan agotado los beneficios de Medicare. Para obtener más información acerca de los beneficios cubiertos por MassHealth Standard (Medicaid), consulte el Capítulo 4.

Además, existen programas ofrecidos a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de MassHealth (Medicaid) (QMB+)).

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

- **Beneficiario específico de ingresos bajos de Medicare (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de MassHealth Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la parte B.
- **Trabajadores discapacitados que califican (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea hacer alguna consulta sobre la asistencia que le ofrece Medicaid, comuníquese a MassHealth.

<b>Método</b>	<b>MassHealth (Programa Medicaid de Massachusetts) - Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-841-2900 Horario: autoservicio disponibles 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.; Servicio de intérprete disponible El horario del Centro de inscripción de MassHealth (MEC) es de lunes a viernes, de 8:45 a. m. a 5:00 p. m.
<b>TTY</b>	1-800-497-4648 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
<b>CORREO POSTAL</b>	MassHealth Customer Service Center 55 Summer Street Boston, MA 02110
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth">www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth</a>

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

El programa Massachusetts Community Care Ombudsman ayuda a las personas inscritas en MassHealth Standard (Medicaid) a resolver problemas relacionados con el servicio o la facturación. Pueden ayudarlo a apelar una decisión o presentar una queja relacionada con nuestro plan.

<b>Método</b>	<b>Programa Massachusetts Community Care Ombudsman – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-617-727-7750 o 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) Comuníquese con su oficina local para conocer el horario de atención.
<b>TTY</b>	1-800-872-0166 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
<b>CORREO POSTAL</b>	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5 <sup>th</sup> Floor Boston, MA 02108
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/elders/service-orgs-advocates/community-care-ombudsman.html">www.mass.gov/elders/service-orgs-advocates/community-care-ombudsman.html</a>

El programa Massachusetts Long-Term Care Ombudsman ayuda a las personas a obtener información acerca de las residencias para adultos mayores y a resolver los problemas entre tales residencias y los residentes o sus familias.

<b>Método</b>	<b>Programa Massachusetts Long-Term Care Ombudsman – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-617-727-7750 o 1-800-AGE-INFO Comuníquese con su oficina local para conocer el horario de atención.
<b>TTY</b>	1-800-872-0166 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
<b>CORREO POSTAL</b>	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5 <sup>th</sup> Floor Boston, MA 02108
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/elders/service-orgs-advocates/ltc-ombudsman">www.mass.gov/elders/service-orgs-advocates/ltc-ombudsman</a>

---

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

---

### **Programa “Extra Help” de Medicare**

Dado que usted es elegible para Medicaid, también califica para Medicare y recibe “Extra Help” de parte de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No debe hacer ningún trámite adicional para recibir esta “Extra Help”.

Si tiene alguna consulta sobre la “Extra Help”, comuníquese a los siguientes números:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778; o
- la oficina de su estado para MassHealth (Medicaid) (solicitudes) (Para ver la información de contacto consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si usted cree que está pagando un monto incorrecto de participación en los costos cuando adquiere sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, proporcionarnos dicha evidencia.

- Comuníquese con nuestro departamento de Servicios al cliente si necesita ayuda para obtener o demostrar la mejor evidencia posible. El número de teléfono está impreso en la contratapa de este manual.
- Cuando recibimos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto la próxima vez que adquiera un medicamento en la farmacia. Si paga de más por su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto excedente del pago o lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado un copago suyo y lo considera una deuda que usted debe pagar, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios al cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

---

## **SECCIÓN 8      Cómo comunicarse con la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios**

---

La Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de todo el país y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios, comuníquese con este organismo.

Si recibe Medicare a través de la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal.

<b>Método</b>	<b>Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono por tonos, puede acceder a servicios automatizados e información grabada las 24 horas del día, incluso los feriados y fines de semana.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.secure.rrb.gov">https://www.secure.rrb.gov</a>

---

## **SECCIÓN 9      Puede recibir ayuda de las Agencias para adultos mayores**

---

En Massachusetts, las siguientes agencias ofrecen ayuda a los adultos mayores de 60 años o mayores y a sus familias, amigos y personas a cargo de su cuidado:

- **Aging Services Access Points**  
Aging Services Access Points (ASAP) son puntos de acceso único a todos los servicios y beneficios disponibles para los adultos mayores en Massachusetts. Estas agencias ofrecen información, solicitudes, servicios directos y derivaciones.
- **Councils on Aging / Senior Centers**  
Councils on Aging (COA) son organizaciones de voluntarios locales que ofrecen información y servicios directos para los ancianos, sus cuidadores, además de otras

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

---

personas con problemas relacionados con la vejez. Las organizaciones COA forman parte del gobierno local y trabajan con otras agencias para adultos mayores y departamentos de la ciudad o municipio para ofrecer programas sociales, recreativos, de salud, seguridad y educativos para los adultos mayores en sus comunidades.

- **800AgeInfo**

800-AGE-INFO es un sitio web y un número de teléfono donde los adultos mayores y sus familias pueden obtener información sobre los programas y servicios para los adultos mayores en Massachusetts. Es un proyecto conjunto de la Massachusetts Executive Office of Elder Affairs y la Mass Home Care Association.

Para obtener información sobre cualquiera de estas agencias, comuníquese con Massachusetts Executive Office of Elder Affairs Age Info al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) (TTY 1-800-872-0166) o visite su sitio web en <https://www.800ageinfo.com>.

# CAPÍTULO 3

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

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

---

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cosas que debe saber sobre cómo recibir su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan .....</b>	<b>41</b>
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	41
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan .....	41
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica y otros servicios .....</b>	<b>43</b>
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y supervise su atención médica .....	43
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin tener que solicitar la autorización previa de su PCP? .....	45
Sección 2.3	Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red .....	45
Sección 2.4	Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red .....	47
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo recibir servicios cubiertos cuando necesita atención de emergencia o urgencia o durante un desastre .....</b>	<b>48</b>
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica .....	48
Sección 3.2	Cómo obtener atención médica cuando necesita servicios médicos de urgencia .....	49
Sección 3.3	Cómo obtener atención médica durante un desastre .....	50
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? .....</b>	<b>51</b>
Sección 4.1	Nos puede solicitar que paguemos el costo de los servicios cubiertos .....	51
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? .....	51
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa de un “estudio de investigación clínica”? .....</b>	<b>52</b>
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	52
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?.	53
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para servicios de salud” .....</b>	<b>54</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para atención de la salud? .....	54



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

---

Sección 6.2	¿Qué atención brindada por una institución religiosa no médica para atención de la salud está cubierta por nuestro plan? .....	54
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Reglas para la adquisición de equipo médico duradero .....</b>	<b>55</b>
Sección 7.1	¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de realizar un cierto número de pagos en nuestro plan? .....	55

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

### SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica todo lo que necesita saber sobre cómo utilizar su plan para recibir cobertura por su atención médica y otros servicios. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que necesita seguir para obtener los tratamientos, servicios y otros tipos de atención médica cubierta por el plan.

Para obtener información sobre qué atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan, use el cuadro de beneficios en el capítulo siguiente, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios, lo que está cubierto*).

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

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtiene la atención médica y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los “**proveedores**” son médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el Estado les otorga licencias para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los “**proveedores de la red**” son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Por lo general, los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, usted no paga por los servicios cubiertos.
- Los “**servicios cubiertos**” incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se indican en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

#### Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Siendo un plan de salud Medicare y MassHealth Standard (Medicaid), Tufts Health Plan Senior Care Options debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y otros servicios.

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

---

Tufts Health Plan Senior Care Options generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas.
- **Usted tiene un médico de atención primaria (un PCP) de la red que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle autorización por adelantado para que usted pueda ver a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de servicios médicos domiciliarios. Esto se conoce como “derivación”. Si desea obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No necesita una derivación de su PCP para la atención de emergencia o de urgencia. También existen otros tipos de atención que usted puede recibir sin la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta.

*A continuación, se enumeran tres excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para conocer el significado de atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que estamos obligados a cubrir por exigencia de Medicare o MassHealth Standard (Medicaid), y los proveedores de nuestra red no pueden brindarle esta atención, usted puede recibirla de un proveedor fuera de la red con una derivación de su PCP. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos****SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica y otros servicios****Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y supervise su atención médica****¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?**

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP. Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, su PCP será quien le brinde su atención médica general o de rutina. Su PCP también estará a cargo de coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan.

**¿Qué tipos de proveedores pueden ser PCP?**

Generalmente, los médicos de familia, de medicina general, de medicina geriátrica o medicina interna se dedican a ejercer como PCP. Un enfermero profesional o asistente médico también pueden ser un PCP.

**¿Cómo recibe la atención médica por parte de su PCP?**

Generalmente, consultará primero con su PCP/PCT para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Su PCP/PCT le proporcionará la mayoría de la atención y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan. Esto incluye sus radiografías, análisis de laboratorio, tratamientos, atención de médicos especialistas, admisiones en el hospital y atención de seguimiento.

Algunas veces quizá necesite hablar con su médico de atención primaria (PCP) u obtener atención médica cuando el consultorio de su PCP esté cerrado. Si tiene una situación que no es de emergencia y necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención, llame al consultorio de su PCP en cualquier momento y habrá un médico de guardia para ayudarlo. Los miembros con impedimentos auditivos o del habla que cuentan con aparatos TTY pueden llamar a Massachusetts Relay Association a la línea TTY 1-800-439-2370 para obtener ayuda sobre cómo comunicarse con su PCP/PCT fuera del horario de atención (el número de Massachusetts Relay Association para los que no son usuarios de TTY es 1-800-439-0183).

**¿Qué función desempeña el PCP/PCT a la hora de coordinar los servicios cubiertos?**

“Coordinar” sus servicios incluye conversar con usted y otros proveedores del plan acerca de su atención médica. Otros proveedores del plan, como un GSSC, un enfermero profesional, una enfermera registrada, o un asistente de médico, pueden formar, junto con usted y su PCP, el Equipo de atención primaria (o “PCT”) encargado de coordinar su atención médica. En caso de que necesite determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP puede derivarlo a

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

---

un especialista del plan luego de verificarlo con usted y su PCT. Es posible que su PCP conozca ciertos especialistas del plan que le puedan ofrecer la mejor atención. Ese especialista del plan puede ser alguien que trabaja con su PCP y en su PCT regularmente y que puede coordinar su atención sin problemas y en forma oportuna. (Por supuesto, en caso de una emergencia, si necesita atención de urgencia o se encuentra fuera del área de servicio, no es necesario que sea derivado para buscar un servicio médico). Además, su derivación puede tener un límite de tiempo. En algunos casos, su PCP deberá solicitarnos autorización previa.

Si usted necesita un centro de enfermería especializada, cuidados a largo plazo o servicios domiciliarios o comunitarios, su PCT lo derivará directamente a un subgrupo de los centros que figuran en nuestra red Tufts Health Plan SCO, donde podrán coordinar mejor su atención médica según sus necesidades individuales. Usted trabajará con su PCT para elegir un centro adecuado dentro de las opciones identificadas. Esto significa que, en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a todos los centros de la red para estos servicios.

Como su PCP y PCT proporcionarán o coordinarán su atención médica, le recomendamos que envíe todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

#### **¿Cuál es la función del PCP/PCT al tomar decisiones o solicitar una autorización previa?**

Ciertos medicamentos, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de la prestación de los servicios. Para los servicios fuera de la red, su PCP es responsable de solicitar una autorización o darle una derivación, según los servicios de los que se trate. Su PCP u otro proveedor de la red es responsable de solicitar esta autorización. Asegúrese de verificar con su PCP u otro proveedor de la red si se otorgó esta autorización o derivación.

#### **¿Qué debe hacer para elegir a su PCP?**

Al momento de decidir sobre un PCP, puede consultar nuestro *Directorio de proveedores*. Una vez realizada la elección, debe llamar a Servicios al cliente (consulte el número en la contratapa de este manual). Un representante de Servicios al cliente verificará que el PCP que eligió se encuentra en la red. Si realiza un cambio, el cambio entrará en vigencia el 1 del mes siguiente, y usted recibirá automáticamente una nueva tarjeta de identificación de miembro en el correo que reflejará este cambio. Si usted debe ser internado en un hospital en particular, verifique el *Directorio de proveedores* o hable con un representante de Servicios al cliente para confirmar que el PCP elegido atiende en dicho hospital.

#### **Cómo cambiar de PCP**

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan y usted deba encontrar un nuevo PCP. Si cambia su PCP, deberá colaborar con su nuevo PCP para coordinar derivaciones a especialistas dentro de nuestra red con quienes trabaje habitualmente para asegurarse de que su atención médica sea coordinada de la mejor manera posible.

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

Para cambiar de PCP, llame a Servicios al cliente. También se asegurarán de que el PCP con el que desea atenderse esté en la red y acepte pacientes nuevos. ***Si su PCP acepta pacientes nuevos, podrá concertar una cita con su nuevo PCP a partir del primer día del mes siguiente.*** Servicios al cliente cambiará su registro de membresía a fin de mostrar el nombre de su nuevo PCP y le enviará una nueva tarjeta de membresía con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. Le recomendamos que programe una cita y coordine que sus registros sean transferidos al nuevo PCP.

#### Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin tener que solicitar la autorización previa de su PCP/PCT?

Puede recibir los servicios que se detallan a continuación sin solicitar la autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que reciba estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, antes de ausentarse del área de servicio, comuníquese con Servicios al cliente para que lo ayudemos a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).
- Atención odontológica de rutina ofrecida por un dentista de la red.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios médicos para una enfermedad específica o una determinada parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. A continuación, se brindan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.

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

---

- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas enfermedades óseas, musculares o articulares.

#### ¿Cuál es la función del PCP en la derivación de miembros a especialistas y otros proveedores?

Generalmente, el PCP brinda una atención preventiva básica y un tratamiento para enfermedades comunes. Para los servicios que su PCP no pueda ofrecer, él/ella lo ayudará a disponer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan derivándolo a un especialista.

#### ¿Para qué servicios deberá el PCP solicitar autorización previa del plan?

Ciertos medicamentos, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de la prestación de los servicios. Para los servicios fuera de la red, su PCP es responsable de solicitar una autorización o darle una derivación, según los servicios de los que se trate. Su PCP u otro proveedor de la red es responsable de solicitar esta autorización. Asegúrese de verificar con su PCP u otro proveedor de la red si se otorgó esta autorización o derivación.

Para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. Los servicios que requieren autorización previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. También puede llamar a Servicios al cliente al número que aparece al dorso de este manual para obtener una lista de los servicios que requieren que su PCP u otro proveedor contratado soliciten una autorización previa del plan. Consulte el Formulario de Tufts Health Plan Senior Care Options para saber qué medicamentos requieren autorización previa.

#### ¿Qué es una derivación?

Una derivación es una autorización de su PCP para solicitar la atención de otro profesional de la salud, por lo general un especialista, para hacer una consulta o seguir un tratamiento. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP deberá aprobarlos por adelantado (por ejemplo, derivarlo a un especialista). **Es posible que su PCP conozca ciertos especialistas del plan que le puedan ofrecer la mejor atención.** Si su PCP lo deriva a un especialista, es posible que lo derive a un especialista con quien trabaja regularmente para coordinar su atención médica con la mayor eficacia posible. No necesita la derivación de su PCP para las emergencias o atención de urgencia, para diálisis renal u otros servicios fuera del área.

En algunos casos, su PCP también deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) además de entregar una derivación. Los servicios que requieren autorización previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Como su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, le recomendamos que envíe todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

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

---

#### **¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de formar parte de nuestro plan?**

Durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, doctores, y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Hay diferentes razones por las que su proveedor podría dejar su plan pero si su doctor o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de antelación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe gestionando sus necesidades de atención de la salud.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o cree que su atención no está siendo gestionada de manera correcta, tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar el plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención.

Servicios al cliente puede ayudarlo con sus preguntas o brindarle asistencia para buscar y seleccionar otro proveedor (Los números de Servicios al cliente están impresos en la contratapa de este manual).

<b>Sección 2.4</b>	<b>Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red</b>
--------------------	--

Si no hay un proveedor disponible dentro de la red, su PCP o proveedor de la red le dará una derivación para que consulte con un proveedor fuera de la red. Usted, o su representante autorizado, también pueden presentar una solicitud a Tufts Health Plan Senior Care Options. Es posible que se requiera autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options según el servicio que deba prestarse. Si usa proveedores fuera de la red sin una derivación o autorización, Tufts Health Plan Senior Care Options no cubrirá el pago. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

En determinadas circunstancias, nuestro plan permitirá a nuestros miembros que obtengan atención médica de proveedores fuera de la red. Estas circunstancias incluyen ver a un proveedor con una especialidad que no tiene contrato con nuestro plan. Tenemos contratos con proveedores en toda nuestra área de servicio para garantizar a nuestros miembros el acceso a la atención



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

---

médica. Debe obtener una derivación de su proveedor de la red y recibir una autorización previa del plan antes de recibir atención fuera de la red.

Si necesita atención médica que estamos obligados a cubrir por exigencia de Medicare y los proveedores de nuestra red no pueden brindarle esa atención, usted puede recibirla de un proveedor y/o centro fuera de la red. Sin embargo, debe obtener una autorización previa del plan antes de obtener la atención. En esta situación, si se aprueba el servicio, pagará lo mismo que pagaría si recibiera atención de un proveedor de la red. Usted, su médico o su representante pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan solicitando una autorización. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo comunicarse con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica”.

---

## SECCIÓN 3      **Cómo recibir servicios cubiertos cuando necesita atención de emergencia o urgencia o durante un desastre**

---

<b>Sección 3.1      <b>Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica</b></b>
---

### ¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para solicitar ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que primero solicite autorización o una derivación de su PCP.
- **Lo más pronto posible, asegúrese de informar su emergencia a nuestro plan.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente, dentro de un plazo de 48 horas. Llame a Servicios al cliente al 1-855-670-5934 de lunes a viernes, desde las 8:00 a. m. hasta las 8:00 p. m. para informarnos sobre su emergencia (Del 1 de octubre hasta el 14 de febrero, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana, desde las 8:00 a. m. hasta las 8:00 p. m.).

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

---

#### ¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Su atención médica de emergencia estará cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencias por otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios del Capítulo 4 de este manual.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que están atendiendo para ayudar a manejar su atención y hacer un seguimiento. Los médicos que lo atiendan por la emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo ha finalizado la emergencia médica.

Una vez que su emergencia médica finalice, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición siga siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si usted recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos para que proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

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

A veces, puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede solicitar atención de emergencia (pensando que su salud se encuentra en grave peligro), y el médico puede decir que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

Sin embargo, después de que el médico hubiese informado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si usted la recibe de una de las siguientes dos maneras:

- Si acude a un proveedor de la red para recibir atención médica adicional.
- -- o -- La atención médica adicional que usted recibe se considera “servicios necesarios de urgencia” y usted respeta las reglas para recibir estos servicios necesarios de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

<b>Sección 3.2</b>	<b>Cómo obtener atención médica cuando necesita servicios médicos de urgencia</b>
--------------------	---

#### ¿Qué son los “servicios necesarios de urgencia”?

Los “servicios necesarios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o problema de salud imprevistos, pero no de emergencia, que requieren atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles o no se tiene acceso a

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

---

ellos temporalmente. El problema de salud imprevisto puede ser, por ejemplo, el agravamiento imprevisto de una enfermedad conocida que usted padece.

#### **¿Qué sucede si usted se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita atención médica de urgencia?**

Siempre debe intentar obtener los servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no se tiene acceso a ellos temporalmente, y no es razonable esperar a que estén disponibles para recibir la atención de su proveedor de la red, cubriremos los servicios necesarios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Si cree que está sufriendo una situación médica de urgencia, imprevista, aunque no de emergencia, comuníquese de inmediato con su PCP. Si no lo puede hacer, o no le resulta práctico recibir atención de su PCP o un proveedor de la red, puede asistir a cualquier proveedor o clínica que brinde atención de urgencia, o puede llamar al 911 para solicitar ayuda inmediata.

#### **¿Qué sucede si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención médica de urgencia?**

Cuando usted se encuentra fuera del área de servicio y no puede obtener atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan tiene cobertura a nivel mundial de atención de urgencia.

<b>Sección 3.3</b>	<b>Cómo obtener atención médica durante un desastre</b>
--------------------	---

Aun cuando el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. o el presidente de los Estados Unidos declaren el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a seguir recibiendo atención médica de su plan.

Visite el siguiente sitio web: [www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-and-drugs-in-disasters-or-emergencies.html](http://www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-and-drugs-in-disasters-or-emergencies.html) para saber cómo obtener la atención médica necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo de un proveedor de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, usted puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos****SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?****Sección 4.1 Nos puede solicitar que paguemos el costo de los servicios cubiertos**

Si ha pagado por sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Tufts Health Plan Senior Care Options cubre todos los servicios médicos que son necesarios por razones médicas, que están enumerados en el Cuadro de beneficios (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual) y que se obtienen de conformidad con las reglas del plan. Usted es responsable del pago del costo total de los servicios que no están cubiertos por el plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos un servicio o atención médica que esté evaluando solicitar, usted tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de obtenerlo. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

El Capítulo 8 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene más información sobre qué debe hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicios al cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba una vez que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos de un servicio después de agotar el beneficio correspondiente no se tendrá en cuenta para su monto máximo de bolsillo. Puede llamar a Servicios al cliente para consultar cuánto le queda de un beneficio que ha utilizado.

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos****SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa de un “estudio de investigación clínica”?****Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?**

Un estudio de investigación clínica (también conocido como “ensayo clínico”) es la manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como el grado de eficacia de un medicamento contra el cáncer. Ellos solicitan la ayuda de voluntarios para probar nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los científicos a establecer si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para los miembros de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare aún *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare aprueba el estudio, una de las personas que trabaja para el estudio se comunicará con usted para explicarle de qué se trata y determinar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que están a cargo de la investigación. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con sus requisitos *y* comprenda plenamente y acepte lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando usted participa de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención médica (la atención que no está relacionada con el estudio) mediante nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga aprobación de nuestro plan o de su PCP. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen por qué ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no es necesario que obtenga permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en el estudio.**

Si usted planea participar de un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) para informar que participará de un estudio de investigación clínica y averiguar información sobre lo que pagará su plan.

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

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

Una vez que se incorpora a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura de los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

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

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como en el caso de todos los servicios cubiertos, no pagará por los servicios cubiertos que recibe en el estudio de investigación clínica.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que demuestre los servicios que recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio está probando, salvo que Medicare cubriera el artículo o servicio, aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Artículos o servicios proporcionados al solo efecto de reunir datos y que no se utilizan para su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su problema de salud normalmente demandara solo una.

#### ¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica consultando la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

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

---

**SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”**

---

**Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para atención de la salud?**

Una institución religiosa no médica para atención de la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, le brindaremos la cobertura de atención en una institución religiosa no médica para atención de la salud. Usted puede elegir solicitar atención médica en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios de internación de la Parte A (servicios de atención de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de la salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas para atención de la salud.

**Sección 6.2 ¿Qué atención brindada por una institución religiosa no médica para atención de la salud está cubierta por nuestro plan?**

Para obtener atención en una institución religiosa no médica para atención de la salud, debe firmar un documento legal que exprese que es objetor de conciencia en cuanto a obtener tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médico “no exceptuado” es toda atención o tratamiento médico de carácter *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o tratamiento médico recibido cuyo carácter *no es voluntario* y *es exigido* por la ley local, estatal o federal.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica para atención de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan limita la cobertura de los servicios que usted recibe a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe padecer una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de internación en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
  - – y – debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro; caso contrario, su internación no tendrá cobertura.

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

En este caso se aplican los límites de cobertura de Medicare, según se describe en el Capítulo 4, en "Atención de internación".

---

**SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición de equipo médico duradero**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de realizar un cierto número de pagos en nuestro plan?</b>
--------------------	---

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, colchones antiescaras, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias solicitados por un proveedor para uso domiciliario. Algunos artículos, como las prótesis, siempre pertenecen al miembro del plan. En esta sección, analizaremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME serán dueñas del equipo después de realizar los copagos del artículo durante 13 meses. Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, sin embargo, usted generalmente no será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya efectuado por el artículo mientras es miembro de nuestro plan. Solo en algunas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) para obtener más información sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

**¿Qué sucede con los pagos realizados por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?**

Si no adquirió el artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para poder adquirirlo. Los pagos efectuados mientras se encontraba en nuestro plan no se contabilizan para estos 13 pagos consecutivos.

Si efectuó menos de 13 pagos por el DME dentro de Original Medicare, *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se contabilizan para los 13 pagos consecutivos. Deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Original Medicare para adquirirlo. No hay excepciones en este caso cuando regresa a la cobertura de Original Medicare.



# CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios  
(qué está cubierto)*

## **Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Explicación de los servicios cubiertos.....</b>	<b>58</b>
Sección 1.1	Usted no paga por sus servicios cubiertos.....	58
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? .....	58
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use el <i>Cuadro de beneficios</i> para conocer su cobertura .....</b>	<b>59</b>
Sección 2.1	Sus beneficios por la atención médica a largo plazo y por los servicios domiciliarios y comunitarios como miembro del plan.....	59
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué servicios están cubiertos fuera de Tufts Health Plan Senior Care Options?.....</b>	<b>106</b>
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options .....	106
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....</b>	<b>106</b>
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones).....	106

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)****SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos**

Este capítulo trata sobre los servicios que están cubiertos. Incluye un Cuadro de beneficios que enumera sus servicios cubiertos como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

**Sección 1.1 Usted no paga por sus servicios cubiertos**

Al recibir asistencia de parte de MassHealth Standard (Medicaid), usted no paga por sus servicios cubiertos, siempre que cumpla con las reglas de los planes para recibir su atención médica. (Para mayor información acerca de los reglamentos del plan para obtener su atención consulte el Capítulo 3).

**Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?**

**Nota:** Dado que nuestros miembros también tienen asistencia de MassHealth Standard (Medicaid), muy pocos alcanzan este límite máximo de bolsillo. No será responsable de pagar costo alguno de su bolsillo contabilizable para el costo máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted se encuentra inscripto en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el monto máximo de bolsillo para servicios médicos.

Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, el monto máximo que deberá pagar directamente de su bolsillo por los servicios de la Parte A y la Parte B en 2018 es \$3,400. Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de bolsillo. (Los montos que paga por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo de bolsillo). Asimismo, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de bolsillo). Si usted alcanza el monto máximo de bolsillo de \$3,400, no tendrá que pagar ningún gasto del propio bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B).

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

---

**SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios* para conocer su cobertura**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Sus beneficios por la atención médica a largo plazo y por los servicios domiciliarios y comunitarios como miembro del plan</b>
--------------------	---

El Cuadro de beneficios en las siguientes páginas enumera los servicios cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options. La cobertura de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios está sujeta al cumplimiento de los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) deben ofrecerse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).
- Sus servicios (incluidos atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser necesarios por razones médicas. “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un médico de atención primaria (un PCP) que trabaja junto con su equipo de atención primaria (PCT) para brindar y supervisar su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado para que usted consulte a otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como “derivación”. El Capítulo 3 proporciona más información sobre la solicitud de derivaciones y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red nos solicitan su aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios con un asterisco.

Otras cosas importantes que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre su atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre su participación en los costos para los servicios de Medicare, incluidos los costos de internaciones, visitas a consultorio y servicios ambulatorios. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios a domiciliario y comunitarios, atención a largo plazo y transporte de ida y vuelta a sus consultas médicas.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

---

Original. (Si desea conocer más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted 2018*. Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> o pida un ejemplar llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).


- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin cargo en Original Medicare, también cubrimos el servicio sin cargo para usted.
- En algunos casos, Medicare agrega cobertura de nuevos servicios en Original Medicare durante el año. Si Medicare agrega cobertura de servicios durante 2018, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- En Tufts Health Plan Senior Care Options, algunos beneficios están cubiertos por Medicare y algunos están cubiertos por Medicaid. Integramos todos los beneficios cuando le prestamos servicios. El siguiente cuadro de beneficios refleja todos los servicios cubiertos y le brinda información sobre la participación en los costos.
- Si usted se encuentra dentro del período de un *mes* de continuación de elegibilidad, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Durante ese período, seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el plan estatal de Medicaid y pagaremos las primas o participación en los costos de Medicare que, de lo contrario, tendría que pagar el estado. Los montos de participación en los costos de Medicare por los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

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



Verá esta manzana junto al servicio preventivo en el cuadro de beneficios.

## Cuadro de beneficios

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> <b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Una única prueba de ultrasonido que se realiza a las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene determinados factores de riesgo y si tiene una derivación de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p><b>Acupuntura*</b></p> <p>Servicios de acupuntura para tratamiento del dolor cuando son prestados por un acupunturista con licencia profesional.</p> <p>Otras modalidades no están cubiertas.</p> <p>Consulte información adicional sobre los servicios de bienestar detallados en la sección de programas de Educación para la salud y el bienestar en este cuadro.</p>	<p>Usted paga de \$0 por un máximo de 20 visitas por año a un acupunturista autorizado para tratamiento del dolor.</p>
<p><b>Centro de día para adultos</b></p> <p>Servicios comunitarios, como enfermería, asistencia con actividades de la vida diaria, servicios sociales, terapéuticos, recreativos y nutricionales en un lugar fuera del hogar, y transporte hacia ese lugar autorizado.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>

---

\* Se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options para servicios de acupuntura a partir de las 20 visitas.




**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Hogares de acogida para adultos (AFC)</b></p> <p>Servicio para miembros que necesitan ayuda diaria con el cuidado personal, pero que desean vivir en un entorno familiar y no en una residencia para adultos u otro centro similar. El cuidador brinda cuidados personales, asistencia para cumplir con la medicación, comidas, servicios domésticos, lavandería, transporte médico, acompañamiento y supervisión las 24 horas. Los miembros que tienen este beneficio viven con cuidadores calificados pagos que brindan cuidados diarios. Los cuidadores pueden ser personas solas, parejas o familias más grandes.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria al centro adecuado más cercano que pueda brindar atención, si se proporcionan a un miembro cuyo estado de salud es tal que el uso de otro medio de transporte podría ponerlo en riesgo, o si está autorizado por el plan.</li> <li>• El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que el uso de otros medios de transporte podría poner en riesgo su salud, y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario*.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>

---

\* Puede requerirse autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options para transporte que no sea de emergencia.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Examen físico anual</b></p> <p>El examen físico anual es un examen más completo que una visita anual de bienestar. Los servicios incluyen lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como el corazón, pulmones, cabeza y cuello, y el sistema neurológico; mediciones y registro de signos vitales, como la presión sanguínea, ritmo cardíaco y ritmo respiratorio; una revisión completa de medicamentos recetados; y una revisión de internaciones recientes. Este examen está cubierto una vez por año calendario.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p> <b>Visita de bienestar anual</b></p> <p>Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita de bienestar anual para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado la visita de “Bienvenido a Medicare” para que las visitas anuales de bienestar estén cubiertas después de tener la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> <b>Densitometrías</b></p> <p>Para personas elegibles (generalmente, esto se refiere a personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la densitometría ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:  Una mamografía de detección cada 12 meses  Exámenes clínicos de senos cada 24 meses</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección del cáncer de seno cubiertos.</p>
<p><b>Salud conductual – Servicios alternativos</b></p> <p><i>Servicios de salud conductual que se brindan como alternativas a una internación, entre ellos:</i></p>	



**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Asistencia comunitaria</b>            Servicios que se brindan en un entorno comunitario con el fin de evitar la internación y que están diseñados para satisfacer las necesidades de los miembros cuyo historial clínico o de utilización de servicios médicos indica un riesgo alto de readmisión para someterse a tratamientos de 24 horas.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Estabilización de crisis</b>            Servicios proporcionados como una alternativa a la hospitalización y que ofrecen tratamiento psiquiátrico de corto plazo en entornos terapéuticos estructurados de la comunidad. La estabilización de crisis supone la observación y supervisión continuas durante 24 horas para los pacientes que no necesitan el tratamiento médico intensivo de nivel hospitalario.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Camas para pacientes en observación/espera</b>            Servicios para brindar atención de nivel hospitalario durante un máximo de 24 horas a fin de tener tiempo de evaluar y estabilizar al paciente, e identificar los recursos adecuados para su atención.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b>            Información sobre el beneficio en la página 93</p>	
<p><b>Tratamiento psiquiátrico diurno</b>            Servicios que incluyen un programa que combina servicios planificados de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para personas con problemas emocionales o mentales, que requieren un tratamiento más activo o incluso de lo que usualmente reciben en una visita semanal a un centro de salud mental, al consultorio de un proveedor individual o a los consultorios externos de un hospital, pero que no necesitan una hospitalización o institucionalización de tiempo completo.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Programas ambulatorios estructurados para el tratamiento de adicciones</b></p> <p>Servicios estructurados de corto plazo, pero clínicamente intensivos, de día o de noche para tratar el abuso de sustancias. Este tipo de programas se pueden usar para disminuir gradualmente la continuidad de la atención médica en pacientes que son dados de alta de programas de desintoxicación, o para pacientes cuyos síntomas indican que necesitan un tratamiento ambulatorio estructurado, además del beneficio ambulatorio estándar.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Programa ambulatorio intensivo</b></p> <p>Un servicio clínicamente intensivo que sirve para mejorar el estado funcional, brindar estabilización en la comunidad, evitar una internación o facilitar una reintegración rápida y estable del paciente en la comunidad tras ser dado de alta de un servicio de internación. Este programa ofrece un tratamiento multidisciplinario integral y coordinado durante un tiempo limitado.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios de tratamiento agudo para trastornos vinculados al uso de sustancias</b></p> <p>Servicios de tratamiento de las adicciones con supervisión médica las 24 horas, los 7 días de la semana, que sirven para realizar una evaluación y manejar la abstinencia. Los servicios de desintoxicación están a cargo de enfermeros y terapeutas que cumplen con un protocolo aprobado por un médico y procedimientos supervisados por un médico, e incluyen lo siguiente: evaluación biopsicosocial, terapia individual y grupal, grupos de psicoeducación y planificación del alta hospitalaria. Los miembros con trastornos concurrentes reciben servicios especializados para el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas concurrentes. Estos servicios pueden formar parte de programas autorizados, tanto hospitalarios como independientes.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de asistencia clínica para trastornos vinculados al uso de sustancias</b></p> <p>Servicios terapéuticos las 24 horas, que se pueden usar de manera independiente o después de los servicios de tratamiento agudo para trastornos vinculados al uso de sustancias. Los servicios incluyen educación y asesoramiento intensivos con respecto a la naturaleza de la adicción y sus consecuencias, asistencia para familiares y seres queridos y planificación del postratamiento para los pacientes que comienzan un plan de recuperación de su adicción. Los miembros con trastornos concurrentes reciben coordinación de traslados y derivaciones a proveedores de salud mental para el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas concurrentes.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Salud conductual - Servicios de emergencia</b></p> <p><i>Servicios médicamente necesarios que están disponibles todos los días, las 24 horas, para brindar tratamiento a cualquier miembro que tenga un problema de salud mental o de abuso de sustancias, o ambos, entre ellos:</i></p>	
<p><b>Servicios de evaluación de emergencia</b></p> <p>Una evaluación personalizada, realizada por personal clínico capacitado, de una persona que tiene una emergencia en un hogar, residencia, clínica, hospital, sala de emergencias, estación de policía y otros entornos.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios de administración de medicamentos</b></p> <p>Personal calificado para evaluar y recetar medicamentos como parte de los servicios de emergencia.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Terapia de corto plazo para casos de crisis</b></p> <p>Terapia individual que se brinda como parte de los servicios de emergencia.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios de corto plazo para la estabilización de crisis</b></p> <p>Alguno o todos los siguientes: (1) estabilización en casos de crisis; (2) camas para pacientes en observación, (3) servicios para necesidades específicas, (4) servicios de administración de la medicación y (5) terapia de corto plazo para casos de crisis</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios para necesidades específicas</b>            Servicios terapéuticos brindados de manera individual en diversos entornos para garantizar la seguridad del paciente como parte de los servicios de emergencia de salud conductual.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Salud conductual - Servicios de internación</b>  <i>Servicios las 24 horas que brindan intervención médica para diagnósticos de salud mental o abuso de sustancias</i>  <i>Información sobre el beneficio en la página 85</i></p>	
<p><b>Salud conductual - Servicios ambulatorios estándar</b>  <i>Servicios brindados principalmente en un entorno ambulatorio</i>  <i>Información adicional sobre el beneficio en la página 90</i></p>	
<p><b>Consulta familiar</b>            Una reunión de al menos 15 minutos, ya sea en persona o por teléfono, con los familiares o seres queridos del miembro que son clínicamente relevantes para su tratamiento, con el objetivo de: identificar y planificar servicios adicionales, coordinar un plan terapéutico, controlar la evolución del paciente, o revisar el plan terapéutico, según se necesite.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.            Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Interconsulta médica</b>            Una reunión en persona o por teléfono, de al menos 15 minutos de duración, entre el proveedor de atención médica y otros médicos especialistas en salud conductual o el médico de atención primaria del miembro, en relación con un miembro que es cliente del proveedor, con la finalidad de: identificar y planificar servicios adicionales, coordinar un plan terapéutico, controlar la evolución del paciente, y revisar el plan terapéutico, según se necesite. Las interconsultas no deben incluir supervisión clínica ni consulta con otros médicos dentro de la misma organización del proveedor.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.            Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Evaluación de diagnóstico</b>            Una evaluación del nivel funcional del miembro, que incluye sus fortalezas y debilidades en los aspectos físico, psicológico, social, educativo y ambiental, con el propósito de establecer un diagnóstico y elaborar un plan terapéutico.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.            Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Terapia dialéctico-conductual (TDC)</b></p> <p>Un tratamiento ambulatorio, basado en un manual elaborado por la Dra. Marsha Linehan, PhD, y sus colegas, que combina estrategias empleadas en psicoterapias conductuales, cognitivas y de apoyo para miembros con trastorno límite de la personalidad que también presentan conductas parasuicidas crónicas y adolescentes que presentan estos síntomas. La TDC se puede usar para otros trastornos si se determina que cumple con los criterios de necesidad médica.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Consulta psiquiátrica en una unidad de internación médica</b></p> <p>Una reunión en persona, de al menos 15 minutos, entre un psiquiatra o un especialista clínico en enfermería registrada de práctica avanzada y un miembro, solicitada por la unidad médica para evaluar el estado mental del miembro y realizar una interconsulta sobre un plan de salud conductual o psicofarmacológico con el personal médico de la unidad.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Visita de control farmacológico</b></p> <p>Una visita individual a un psiquiatra o especialista clínico de enfermería registrada específicamente para que evalúe, recete, revise o controle la eficacia y los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Terapia de pareja/familiar</b></p> <p>El uso de técnicas psicoterapéuticas y de asesoramiento para el tratamiento de un miembro y su pareja o familia simultáneamente en la misma sesión.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Terapia grupal</b></p> <p>El uso de técnicas psicoterapéuticas o de asesoramiento para el tratamiento de un grupo cuyos miembros no son parientes de sangre, cónyuges ni tutores legales.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Terapia individual</b></p> <p>El uso de técnicas psicoterapéuticas o de asesoramiento para el tratamiento individual del miembro.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Visita puente: paciente interno-paciente ambulatorio</b></p> <p>Una única sesión de consulta realizada por un proveedor ambulatorio mientras el miembro permanece internado en una unidad psiquiátrica. Esta visita puente entre la internación y la externación del miembro consiste en una reunión entre el proveedor ambulatorio con el miembro y el equipo de internación, o con el médico designado para el tratamiento de internación.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Acupuntura</b></p> <p>La inserción de agujas metálicas a través de la piel en determinados puntos del cuerpo, con o sin el uso de hierbas, corriente eléctrica, calentamiento de las agujas o de la piel, o de ambas, para ayudar a las personas que están abandonando la dependencia a las sustancias o que se están recuperando de una adicción.</p> <p>La cobertura incluye un máximo de seis sesiones por semana durante las primeras dos semanas, y luego un máximo de tres sesiones por semana durante las semanas siguientes.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Terapia de sustitución de opioides</b></p> <p>Administración médicamente controlada de metadona, buprenorfina u otros fármacos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. (FDA) para personas adictas al opio, en conformidad con las reglamentaciones de la FDA. Este servicio combina intervenciones médicas y farmacológicas con servicios de asesoramiento, educativos y vocacionales, y puede ser de corto plazo (desintoxicación) y de largo plazo (mantenimiento).</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>




**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Desintoxicación ambulatoria</b></p> <p>Servicios ambulatorios para miembros que están sufriendo un episodio grave de uso excesivo de sustancias o complicaciones vinculadas a la abstinencia.</p> <p>La desintoxicación ambulatoria se realiza bajo la dirección de un médico con el fin de estabilizar el estado médico de un miembro en circunstancias en las que no existe una amenaza significativa para la vida ni para las funciones orgánicas. La gravedad de los síntomas del paciente determinará el entorno, así como el nivel de supervisión necesaria de médicos y enfermeros durante el transcurso del tratamiento.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Evaluaciones psicológicas</b></p> <p>El uso de instrumentos estandarizados para evaluar el funcionamiento cognitivo, emocional, neuropsicológico, verbal y defensivo de un miembro teniendo en cuenta que los miembros presentan diferencias identificables y mensurables que pueden ser detectadas por medio de pruebas objetivas.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Salud conductual – Programa de Servicios de Emergencia (ESP)</b></p> <p><i>Servicios prestados mediante programas de servicios de emergencia específicos contratados, y que están disponibles todos los días, las 24 horas, para brindar tratamiento a cualquier miembro que esté atravesando una crisis de salud mental.</i></p>	
<p><b>Encuentro con el ESP</b></p> <p>Cada 24 horas mientras un miembro esté recibiendo servicios del ESP. Cada encuentro debe incluir, como mínimo: evaluación de la crisis, intervención y estabilización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evaluación</b></li> </ul> <p>Evaluación personalizada con un miembro que presenta una emergencia de salud conductual, en la que se evalúa también la necesidad de internación, realizada por personal clínico calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intervención</b></li> </ul> <p>Servicios psicoterapéuticos y de manejo de crisis para un miembro con el fin de estabilizar una emergencia.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estabilización</b></li> </ul> <p>Tratamiento de salud conductual de corto plazo en un entorno estructurado con observación y supervisión continuas de miembros que no requieren una atención de nivel hospitalario.</p>	Paga \$0 por los servicios cubiertos.
<b>Salud conductual – Procedimientos especiales</b>	
<p><b>Terapia electroconvulsiva</b></p> <p>Servicio que inicia una actividad convulsiva con un impulso eléctrico mientras el miembro se encuentra bajo anestesia. Se administra en un centro hospitalario autorizado para prestar este servicio por el Departamento de Salud Mental.</p>	Paga \$0 por los servicios cubiertos.
<p><b>Evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas</b></p> <p>El uso de instrumentos de prueba estandarizados cuando están indicados por motivos de salud física o conductual para evaluar aspectos funcionales de una persona, entre otros, procesos cognitivos, conflictos emocionales, y tipo y grado de psicopatología.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que reúnen ciertos requisitos con una orden médica. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, generalmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.
<p> <b>Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento para enfermedad cardiovascular)</b></p> <p>Cubrimos una visita anual con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podrá mencionar el uso de aspirina (si correspondiera), controlar su presión sanguínea y darle consejos para asegurarse de que coma bien.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.



<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p> <b>Análisis de enfermedad cardiovascular</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías asociadas a un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares) cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los análisis de enfermedad cardiovascular cubiertos una vez cada 5 años.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para todas las mujeres: Los exámenes pélvicos y Papanicolaou se cubren uno cada 24 meses.</li><li>• Si tiene alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad de concebir y ha tenido un examen de Papanicolaou anormal en los últimos tres años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses</li></ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvico y Papanicolaou preventivos, cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación quiropráctica inicial</li><li>• Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.</li><li>• Tratamiento de manipulación quiropráctica y servicios radiológicos. Cubrimos hasta 20 visitas en consultorio o tratamientos de manipulación quiropráctica según el beneficio de MassHealth Standard (Medicaid).</li></ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Se cubren los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema opaco de control alternativo) cada 48 meses</li></ul> <p>Uno de los siguientes servicios cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prueba Guaiac de sangre oculta en heces (gFOBT)</li><li>• Prueba inmunoquímica fecal (FIT)</li></ul> <p>Prueba de detección de cáncer colorrectal basada en ADN, cada 3 años</p> <p>En el caso de las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal,</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Colonoscopia de detección (o enema opaco de control alternativo) cada 24 meses</li></ul> <p>En el caso de las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección</li></ul>	
<p><b>Servicios comunitarios*</b></p> <p>Incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Labores domésticas</li><li>• Servicios de acompañante</li><li>• Adaptaciones para hacer accesible el entorno (Modificaciones en la casa)</li><li>• Compra de alimentos y entrega a domicilio</li><li>• Ama de casa</li><li>• Pedidos de comida a domicilio</li><li>• Servicio de lavandería</li><li>• Servicios de cuidado personal</li><li>• Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS)</li><li>• Atención de relevo</li><li>• Sistema de localización de pacientes “Wander Response” (un sistema que avisa si la persona sale de un área determinada)</li></ul>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir servicios comunitarios, primero debe hablar de estos servicios con su administrador de atención médica del plan.</p> <p>Si usted necesita un centro de enfermería especializada, cuidados de largo plazo o servicios domiciliarios y comunitarios, su PCT lo derivará directamente a un subgrupo de los centros que figuran en nuestra red Tufts Health Plan SCO, donde podrán coordinar mejor su atención médica según sus necesidades individuales.</p> <p>Usted trabajará con su PCT para elegir un centro adecuado dentro de las opciones identificadas. Esto significa que, en la mayoría</p>

---



\* Excepto en una emergencia, puede requerirse autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de que obtenga este servicio.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**


<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
	de los casos, usted no tendrá acceso a todos los centros de la red para estos servicios.
<p><b>Servicios de habilitación diurnos</b> Un programa estructurado de tratamiento activo y con metas estipuladas compuesto por servicios con orientación médica, terapéutica y de habilitación para pacientes con discapacidades del desarrollo que necesitan tratamiento activo.</p>	Paga \$0 por los servicios cubiertos.
<p><b>Servicios odontológicos*</b> En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, exámenes odontológicos de rutina y radiografías odontológicas) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos: Los servicios cubiertos de Medicare proporcionados por un odontólogo o un cirujano oral que se limitan a cirugía maxilar o estructuras relacionadas, composición de fracturas de mandíbula o huesos de la cara, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico. Además, cubrimos lo siguiente:</p> <p><u>Servicios preventivos/diagnósticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventivos (limpiezas)</li> <li>• Examen de rutina</li> <li>• Radiografías</li> </ul> <p><u>Restauraciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empastes</li> <li>• Coronas</li> <li>• Reemplazo de corona</li> <li>• Incrustación simple</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos</p> <p>Los servicios deben ser prestados por un proveedor de DentaQuest. Pueden aplicarse limitaciones. Para obtener más información, llame a DentaQuest al 1-888-309-6508</p>

\* Salvo en una emergencia o para tratamientos de rutina, es posible que se exija la autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de que usted reciba ciertos servicios.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**


<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia endodóntica</li> <li>• Apicectomía/cirugía perirradicular</li> </ul> <p><u>Periodoncia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gingivectomía o gingivoplastia*</li> <li>• Curetaje y raspado radicular periodontales*</li> </ul> <p><u>Prótesis removibles:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentadura postiza completa</li> <li>• Dentadura postiza parcial</li> <li>• Revestimiento de dentadura postiza completa</li> </ul> <p><u>Prótesis fijas</u></p> <p><u>Servicios de implantes</u></p> <p><u>Cirugía oral y maxilofacial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracciones (extraer dientes)</li> <li>• Algunas cirugías bucales, como biopsias y cirugía de tejidos blandos</li> <li>• Alveoloplastia</li> <li>• Cirugía bucal y maxilofacial</li> <li>• Injertos óseos</li> </ul> <p><u>Visitas de emergencia</u></p>	
<p> <b>Examen de detección de depresión</b></p> <p>Cubrimos un examen para detectar la depresión por año. El examen debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita de examen anual de detección de la depresión.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de alto nivel de azúcar en sangre</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>(glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	
<p> <b>Capacitación para autocontrol de la diabetes, suministros y servicios diabéticos</b></p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre: Medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los medidores.</li> <li>• Para las personas con diabetes que sufren enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con esos zapatos). La cobertura incluye las pruebas. Tufts Health Plan Senior Care Options cubre un par adicional de zapatos terapéuticos hechos a medida para los miembros que sufren de pie diabético en estado agudo y que cumplen con los requisitos establecidos por Medicare.</li> <li>• La capacitación de autocontrol de la diabetes está cubierta con ciertas condiciones.</li> </ul> <p>Importante: Por servicios de podología relacionados con diabetes, consulte los servicios de podología en este cuadro.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para los beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de capacitación de autocontrol de la diabetes.</p> <p><i>La cobertura para medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre y soluciones de control de la glucosa se limita a los productos One Touch fabricados por Lifescan, Inc.</i></p> <p>Para recibir servicios de capacitación de autocontrol de la diabetes, debe contar con una derivación de su PCP.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados*</b> (Para ver una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 11 de este manual).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, colchones antiescaras, suministros para diabéticos, camas hospitalarias solicitados por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. La cobertura adicional también incluye: equipo de monitoreo y alquiler del sistema Wander Response (de localización de pacientes) y el Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS).</p> <p>Cubrimos todo el DME que sea necesario por razones médicas cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor de su área no dispone de una marca específica o fabricante, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Atención médica de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia y</li><li>• necesarios para evaluar o estabilizar una problema de salud de emergencia.</li></ul> <p>Una “emergencia médica” es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o un problema de salud que empeora rápidamente.</p> <p>La cobertura incluye servicios de internación y ambulatorios, entre ellos, servicios de salud conductual y que sean necesarios</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y debe ser internado después de que se haya estabilizado su condición de emergencia, el plan debe autorizar su internación en un hospital fuera de la red.</p>

\* Salvo en una emergencia, puede exigirse la autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de que usted obtenga cierto equipo médico duradero y suministros relacionados.


<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>para evaluar o estabilizar el cuadro médico de emergencia de un paciente. Los servicios de emergencia incluyen servicios posestabilización después de estabilizar una emergencia para mantener el cuadro estable o para mejorar o solucionar el cuadro del paciente. El médico de emergencias que lo atiende, o el proveedor que está tratando al miembro, es responsable de decidir cuándo el miembro está lo suficientemente estabilizado para ser trasladado.</p> <p>La participación en los costos para servicios de emergencia prestados fuera de la red es la misma que para esos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Su plan incluye cobertura internacional para atención de emergencia.</p>	
<p><b>Coordinación de servicios de asistencia geriátrica (GSSC)</b>                      Evaluación a domicilio y coordinación de servicios domiciliarios prestados por un trabajador social autorizado a través de un Punto de Acceso a Servicios para Adultos Mayores (ASAP).</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Hogares de acogida para grupos de adultos (GAFC)</b>                      Incluye servicios de cuidados personales para miembros elegibles con discapacidades que viven en residencias autorizadas para funcionar como GAFC. Estas viviendas pueden ser una residencia con servicios de asistencia diaria o una vivienda pública o subvencionada especialmente designada.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p> <b>Programas de educación para la salud y el bienestar</b>                      Programas orientados a los trastornos clínicos</p> <p><b><u>Bonificación para servicios de bienestar</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en clases de gimnasia, como yoga, Pilates, Tai Chi y aeróbica.</li> <li>• Membresía en un club de salud o gimnasio calificado. Un centro de salud o gimnasio calificado proporciona equipos para realizar ejercicios de entrenamiento cardiovascular y de fuerza en el lugar. Este beneficio no cubre las tarifas de membresía que paga en clubes de salud o gimnasios no calificados, entre otros, centros de artes marciales, centros de gimnasia, clubes de campo, clubes deportivos y sociales, y</li> </ul>	<p>El plan le reembolsa hasta \$200 por cada año calendario respecto de su costo por membresía en un centro de salud o gimnasio calificado, clases de gimnasia cubiertas, participación en programas de bienestar tales como “Matter of Balance”,</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>actividades deportivas como golf y tenis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas a un asesor nutricional o dietista autorizado para servicios de asesoramiento nutricional.</li> </ul> <p>Consultas con un acupunturista autorizado.</p> <p>Participación en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un programa “Matter of Balance” dirigido por un instructor.</li> <li>• Un programa de autocontrol de enfermedades crónicas.</li> <li>• El taller del programa para diabetes.</li> <li>• El programa <i>Healthy eating for successful living</i>.</li> <li>• El programa Healthy IDEAS.</li> <li>• Herramientas útiles para cuidadores.</li> <li>• El programa <i>Arthritis Foundation Exercise</i>.</li> <li>• El programa <i>Enhance Wellness</i>, incluidas las actividades para ejercitar la memoria.</li> <li>• El programa Fit for your Life.</li> <li>• El programa AAA Senior Driving.</li> </ul> <p>Para recibir este reembolso, presente un formulario de reembolso para servicios de bienestar junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional indicada en el formulario. Comuníquese con Servicios al cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web en <a href="http://www.thmp.org/sco">http://www.thmp.org/sco</a>. Envíe el formulario completo junto con los documentos requeridos a la dirección que aparece en el formulario. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al cliente.</p> <p><b><u>Programas de control de peso</u></b></p> <p>El plan cubre programas para perder peso, como WeightWatchers, Jenny Craig, iDiet o un programa hospitalario de pérdida de peso. Este beneficio no cubre los costos de comidas o alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas, u otros artículos o suministros.</p> <p>Para recibir este reembolso, presente un formulario de reembolso para programas de control de peso junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional indicada en el formulario. Comuníquese con Servicios al cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web en</p>	<p>autocontrol de enfermedades crónicas, taller para diabetes, Healthy Eating for Successful Living, Healthy IDEAS, Powerful Tools for Caregivers, Arthritis Foundation Exercise, Enhance Wellness, Fit for your Life y AAA Senior Driving, actividades para ejercitar la memoria, acupuntura o sesiones de asesoramiento nutricional con un asesor nutricional autorizado o dietista registrado. Usted paga todos los cargos que superen \$200 por año calendario.</p> <p>Las solicitudes de reembolso para un año anterior deben recibirse en Tufts Health Plan Senior Care Options a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.</p> <p>No es necesaria una derivación para este beneficio.</p> <p>El plan reembolsa hasta un máximo anual de \$200 para pagar el costo de los programas de pérdida de peso.</p> <p>Tufts Health Plan Senior Care Options debe recibir las solicitudes de reembolso antes del 31 de marzo del año siguiente.</p>



**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><a href="http://www.thpmp.org/sco">http://www.thpmp.org/sco</a>. Envíe el formulario completo junto con los documentos requeridos a la dirección que aparece en el formulario. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al cliente.</p>	
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Los estudios diagnósticos de audición y equilibrio realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención ambulatoria cuando los proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de audición de diagnóstico.</li> <li>• Examen de audición de rutina cada año calendario.</li> </ul> <p>La cobertura también incluye audífonos u otros instrumentos, servicios vinculados a la atención médica, mantenimiento y reparación de audífonos o instrumentos y suministros*.</p> <p>No se requiere autorización para exámenes, evaluaciones o servicios de diagnóstico.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para realizarse un examen de audición de diagnóstico con un especialista, debe tener una derivación de su PCP.</p> <p>No se requiere derivación para un examen de audición de rutina anual, pero debe usar un proveedor del plan.</p>
<p> <b>Examen de detección de VIH</b></p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o quienes corren un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Un examen de detección cada 12 meses</p> <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Agencia de atención médica domiciliaria</b></p> <p>Antes de recibir servicios médicos domiciliarios, un médico deberá certificar que usted tiene una necesidad especializada y pedir que una agencia de atención médica domiciliaria preste</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de atención médica domiciliaria</p>

\* Excepto en una emergencia, se requiere autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options para recibir este servicio.


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>dichos servicios. Usted debe estar confinado en su casa, es decir que salir representa un esfuerzo considerable.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio a tiempo parcial o intermitentes (para contar con cobertura conforme al beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana). Las horas adicionales pueden estar cubiertas por sus beneficios de MassHealth (Medicaid).</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios sociales y médicos.</li> <li>• Equipo y suministros médicos.</li> </ul> <p><b>Terapia de infusión domiciliaria* proporcionada</b> en el hogar por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria cuando la orden está emitida por un médico autorizado y se administra según las pautas del plan.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen ciertos medicamentos intravenosos, productos biológicos, infusiones intratecales y epidurales y fórmulas de nutrición parental total, y los suministros, equipos y visitas de enfermería especializada necesarios para administrar estos servicios.</p> <p>Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los siguientes medicamentos de infusión domiciliaria de la Parte D como parte de un servicio agrupado bajo el beneficio de infusión domiciliaria: antibióticos por vía intravenosa e inmunoglobulinas por vía intravenosa.</p>	<p>cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de terapia de infusión domiciliaria.</p>
<b>Cuidados paliativos</b>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados</p>

\* Salvo en una emergencia, se requiere la autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de que usted reciba este servicio.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un diagnóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor</li> <li>• Cuidados paliativos a corto plazo</li> <li>• Atención domiciliaria</li> </ul>	<p>paliativos certificado por Medicare, será Original Medicare quien pague sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, no Tufts Health Plan Senior Care Options.</p>
<p><u>En el caso de servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare que están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su afección terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare los servicios que este paga.</p>	<p>Si no tiene cobertura de Medicare, sus servicios paliativos están cubiertos con MassHealth Standard (Medicaid).</p>
<p><u>En el caso de servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare y no relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia o urgencia, que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios para usted dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan:</p>	
<p>Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de participación en los costos del plan por servicios dentro de la red</p>	
<p>Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará la participación en los costos de acuerdo con el cargo por servicio de Medicare (Original Medicare)</p>	
<p><u>Para los servicios que están cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Tufts Health Plan Senior Care Options continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por las partes A o B, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted paga su parte de participación en los costos por estos servicios.</p>	
<p><u>Para los medicamentos que puedan estar cubiertos por el</u></p>	

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><u>beneficio Parte D del plan</u>: Los medicamentos no tienen nunca cobertura simultánea del programa de cuidados paliativos y de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 93 (<i>Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).</p> <p><b>Nota:</b> Si necesita cuidados no paliativos (atención médica que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vacuna contra la neumonía</li><li>• Vacunas contra la gripe, una vez por año en otoño o invierno</li><li>• Vacuna contra la hepatitis B, si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li><li>• Otras vacunas si presenta riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.</li></ul> <p>Algunas vacunas también están cubiertas por nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p>
<p><b>Atención de internación</b></p> <p>Incluye atención de internación de pacientes agudos, internación de rehabilitación, hospitales de cuidados de largo plazo y otros tipos de servicios durante internación. La atención de internación comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital por orden de un médico. El día antes de ser dado de alta es el último día de hospitalización.</p> <p><u>En el caso de atención en un hospital general de agudos</u>, está cubierto por los días que sean médicamente necesarios: no hay límite. Los períodos de beneficios de Medicare no se aplican a las internaciones en hospitales de agudos.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Si recibe atención de internación autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia haya sido estabilizada, su costo será la participación en los costos que pagaría en un hospital</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><u>En el caso de atención en centro de rehabilitación u hospital de cuidados de largo plazo para agudos</u> está cubierto hasta 90 días por cada período de beneficios. Puede utilizar los 60 días de reserva de por vida para complementar la atención en un hospital a largo plazo o de rehabilitación. La cobertura está limitada por el uso previo, parcial o completo de estos días, los cuales pueden usarse solamente una vez en la vida.</p> <p>Entre los servicios cubiertos se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios comunes de enfermería.</li> <li>• Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidado intensivo o coronario).</li> <li>• Medicamentos.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos</li> <li>• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.</li> <li>• Costos de quirófano y sala de recuperación.</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</li> <li>• Servicios de internación por abuso de sustancias.</li> <li>• En determinadas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. En caso de que necesite un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de servicios de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante de nuestra red se brindan fuera del patrón de atención comunitaria, usted puede decidir obtener los servicios a nivel local, siempre y cuando los proveedores locales de servicios de trasplante acepten los honorarios de Original Medicare. Si Tufts Health Plan Senior Care Options ofrece servicios de trasplante en un centro fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir los servicios de trasplante en este centro,</li> </ul>	de la red.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>coordinaremos o pagaremos los gastos de transporte y alojamiento necesarios para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite porque usted tiene cobertura MassHealth Standard (Medicaid).</li> <li>• Servicios de médicos.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para ser internado, su proveedor debe emitir una orden para admitirlo formalmente en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante la noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web <a href="https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf">https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Internación de salud mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren internación.</li> <li>• Medicare cubre hasta 90 días por período de beneficios con un límite de hasta 190 días por la atención de paciente internado en un hospital psiquiátrico. Este límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) cubren todas las hospitalizaciones aprobadas que superen el límite de Medicare.</li> <li>• Para los servicios de internación de salud mental/abuso de sustancias, deberá utilizar el hospital designado por su médico de atención primaria (PCP/PCT) para servicios de salud mental. Esto puede requerir una transferencia del hospital que usa su PCP/PCT para los servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para servicios de salud mental.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**


<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de internación; servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una internación no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado sus beneficios de internación o si la internación no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos algunos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Entre los servicios cubiertos se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médicos.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (por ej., análisis de laboratorio).</li> <li>• Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos que incluyen materiales técnicos y servicios.</li> <li>• Vendajes quirúrgicos.</li> <li>• Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones.</li> <li>• Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean odontológicos) que sustituyan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o que funcione mal, incluida la sustitución o la reparación de esos dispositivos.</li> <li>• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente.</li> <li>• Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Atención institucional</b></p> <p>Servicios tales como enfermería, trabajo social médico, asistencia con actividades de la vida diaria, terapias, nutrición, y medicamentos y productos biológicos proporcionados en un centro de enfermería especializado u otro centro de enfermería,</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos, a menos que MassHealth determine que usted tiene un monto pagado por el paciente (PPA) mensual, que le corresponde pagar a usted.</p> <p>Usted debe pagar el PPA directamente al centro de enfermería.</p> <p>Los miembros de SCO</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
	<p>reciben un seguimiento continuo de su salud, incluido el tiempo transcurrido en un centro de enfermería especializada y/o en un centro de cuidado a largo plazo. Tufts Health Plan's Senior Care Options le indicará los centros seleccionados para atender mejor sus necesidades específicas mientras se le brinda atención en un entorno institucional. Los miembros del equipo pueden incluir un enfermero profesional o un médico asignado y coordinadores de servicios de salud hospitalarios y comunitarios, y especialistas. Usted trabajará con su PCT para elegir un centro adecuado dentro de las opciones identificadas. Esto significa que, en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a todos los centros de la red para estos servicios. Las exclusiones incluyen casos en los que un cónyuge vive en un centro que usted está solicitando o si usted vive actualmente en un centro y se inscribe en nuestro programa SCO.</p>
<p> <b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis), o después de un trasplante de riñón</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros elegibles para los</p>




**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>cuando esté indicado por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba los servicios de terapia de nutrición médica por Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la orden con frecuencia anual si su tratamiento será necesario en el año calendario siguiente.</p> <p>Es posible que MassHealth (Medicaid) cubra el tratamiento de nutrición médica para los miembros que no cuentan con el beneficio de Medicare.</p>	<p>servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)</b></p> <p>Los servicios MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles en todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada para lograr cambios en las conductas de salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para la resolución de problemas con el fin de superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio MDPP.</p>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare *</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos con nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que generalmente no se los autoadministra</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos</p>

\* Excepto en una emergencia, puede que se requiera autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir ciertos medicamentos recetados de la Parte de D de Medicare.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>el paciente y que se inyectan o infunden mientras está recibiendo servicios médicos, ambulatorios en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que toma utilizando un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el plan</li> <li>• Factores de coagulación que se autoadministran mediante inyecciones en caso de tener hemofilia.</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento de recibir el trasplante de órgano.</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que el médico haya certificado que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.</li> <li>• Antígenos.</li> <li>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos.</li> <li>• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina alfa, Aranesp® o Darbepoetina alfa).</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de las enfermedades de inmunodeficiencia primarias.</li> <li>• Medicamentos para quimioterapia</li> </ul> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, como las reglas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos.</p>	
<p> <b>Detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida sostenida de peso</b></p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o superior, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde se lo puede integrar con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la detección y tratamiento preventivo de obesidad.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Exámenes ambulatorios de diagnóstico, servicios e insumos terapéuticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías.</li> <li>• Terapia de radiación (radioterapia y terapia con isótopos), que incluyen suministros y materiales técnicos.</li> <li>• Servicios radiológicos de diagnóstico, como ultrasonido, tomografías por emisión de positrones (PET), resonancias magnéticas y tomografías computarizadas.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, como vendajes.</li> <li>• Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y el volumen de glóbulos rojos comienza con la primera pinta (medio litro) de sangre que necesite porque usted está cubierto por MassHealth Standard (Medicaid).</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. Incluye, entre otros, estudios del sueño, electrocardiogramas, pruebas de estrés, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios hospitalarios ambulatorios*</b></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria.</li> <li>• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>

\* Excepto en una emergencia, puede requerirse autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de obtener determinados servicios hospitalarios ambulatorios.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de salud mental, incluida la atención médica de un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que, de otra manera, requeriría internación para su tratamiento.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos, como tablillas y yesos.</li> <li>• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse el paciente.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Salvo que el proveedor haya emitido una orden para admitir su internación en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Aun cuando permanezca en el hospital durante la noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro que es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja de datos está disponible en el sitio web <a href="https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf">https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Atención ambulatoria de salud mental</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un médico o psiquiatra con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la salud mental autorizado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales vigentes.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Servicios ambulatorios de rehabilitación</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y el lenguaje, y terapia auditiva. Tratamiento individual (incluye el diseño, la fabricación y las pruebas de un dispositivo ortopédico, protésico u otra tecnología de apoyo), evaluación integral y terapia grupal.</p> <p>Los servicios ambulatorios de rehabilitación se prestan en diferentes entornos ambulatorios, como servicios ambulatorios de</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).</p>	
<p><b>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</b></p> <p>La Parte B de Medicare cubre los servicios de tratamiento que se proveen en el departamento ambulatorio de un hospital para pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta después de una internación para el tratamiento por abuso de sustancias, o pacientes que requieren tratamiento, pero que no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en un entorno de internación.</p> <p>La cobertura de estos servicios está sujeta a las mismas reglas que se aplican generalmente a la cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria*</b></p> <p><b>Nota:</b> Si se realiza una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será ambulatoria o con internación. Excepto cuando el proveedor haya emitido una orden para admitirlo en internación, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de participación en los costos de cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante la noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos recetados y de venta libre:</b> Consulte la lista de medicamentos de venta libre de MassHealth Standard (Medicaid)</li> </ul>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una receta del proveedor que lo está atendiendo.</p>


\* Excepto en una emergencia, puede requerirse autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de obtener ciertos servicios de cirugía ambulatoria.

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cobertura adicional para medicamentos de venta libre:</b> Además de la lista de medicamentos de venta libre de MassHealth Standard (Medicaid), Tufts Health Plan Senior Care Options brinda cobertura para los siguientes medicamentos por su beneficio de Medicare:<ul style="list-style-type: none"><li>- Metilsulfonilmetano (MSM)</li><li>- Glucosamina/Condroitina/MSM</li><li>- Glucosamina/MSM</li><li>- Condroitina/MSM</li><li>- Omega 3/Aceite de pescado</li><li>- Coenzima Q10</li></ul></li></ul> <p>Se dispensarán medicamentos de venta libre que no son de marca (genéricos) a menos que Tufts Health Plan Senior Care Options apruebe otra cosa. Consulte el formulario.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bonificación con su tarjeta de ahorros instantáneos para artículos de venta libre:</b> Recibirá una asignación de \$72 cada tres meses para usar en los artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare tales como suministros de primeros auxilios, atención dental, suministros para síntomas de resfriado y otros. Si tiene alguna pregunta sobre los artículos de venta libre aprobados por Medicare, comuníquese con Servicios al cliente.</li></ul>	<p>Para recibir los servicios, debe tener una receta del proveedor que lo está atendiendo.</p> <p>Recibirá una asignación de \$72 cada tres meses para usar en los artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare tales como suministros de primeros auxilios, atención dental, suministros para síntomas de resfriado y otros. Si el costo de los artículos OTC sobrepasa el límite del beneficio de \$72 cada tres meses, usted es responsable de todos los costos adicionales.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio hospitalario ambulatorio o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención médica recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la internación del paciente.</p> <p>Los programas diurnos de salud mental de corto plazo están</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>disponibles siete días por semana y consisten de un tratamiento terapéutico agudo intensivo en un entorno terapéutico estable y que incluye atención psiquiátrica diaria.</p>	
<p><b>Servicios de Asistente de cuidados personales (PCA)</b></p> <p>Un programa dirigido al consumidor que les permite a los miembros contratar asistentes de cuidados personales para ayudarlos con las actividades cotidianas, como moverse o trasladarse, tomar medicamentos, bañarse o asearse, vestirse o desvestirse, hacer ejercicios para mejorar la capacidad de movimiento, alimentarse e ir al baño, además de las actividades básicas de la vida diaria, como hacer las compras, lavar la ropa, preparar la comida y realizar los quehaceres domésticos.</p> <p>No cubre recreación, cuidado de bebés ni capacitación vocacional, inducción verbal o con señales, o supervisión.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios de Asistente de cuidados personales, primero debe hablar de estos servicios con su administrador de atención médica del plan.</p>
<p><b>Servicios médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos o quirúrgicos necesarios por razones médicas recibidos en el consultorio del médico, servicio ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar.</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.</li> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP/PCT O un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico.</li> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.</li> <li>• Atención odontológica que no es de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía maxilar o estructuras relacionadas, composición de fracturas de mandíbula o huesos de la cara, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico).</li> <li>• Examen físico anual (un examen más completo que una visita anual de bienestar. Los servicios incluyen lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como el corazón, pulmones, cabeza y cuello, y el sistema</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos</p> <p>Para recibir los servicios del especialista, primero debe obtener una derivación de su PCP.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>neurológico; mediciones y registro de signos vitales, como la presión sanguínea, ritmo cardíaco y ritmo respiratorio; una revisión completa de medicamentos recetados; y una revisión de internaciones recientes), una vez cada 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas de seguimiento en consultorio después de haber sido dado de alta del hospital, centro de enfermería especializada, internación en centros de salud mental comunitarios, observación ambulatoria u hospitalización parcial.</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo martillo o espolones del talón).</li> <li>• Podología de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores, como enfermedad metabólica (diabetes), neurológica o enfermedad vascular periférica (estrechamiento o bloqueo de las arterias que llevan sangre a los brazos y piernas).</li> <li>• Para podología relacionada con la diabetes, consulte “Capacitación de autocontrol de la diabetes, suministros y servicios diabéticos” en este cuadro de beneficios.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<p><b>Enfermeras privadas.</b></p> <p>Servicios continuos de enfermería especializada.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <p>Examen de tacto rectal Análisis del antígeno prostático específico (PSA)</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un análisis de PSA anual.</p>




Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados*</b></p> <p>Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplazan una parte o función del cuerpo de manera total o parcial. Estos incluyen, entre otros: Bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de colostomía, marcapasos, soportes, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido el sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de una eliminación de cataratas o una cirugía de cataratas. Para obtener más información, consulte “Atención oftalmológica” más adelante en esta sección.</p> <p>La cobertura también incluye la evaluación, fabricación y ajustes de una prótesis.</p> <p>MassHealth Standard (Medicaid) brinda cobertura adicional para medias quirúrgicas/de compresión y mangas de mastectomía no cubiertas por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Suministros médicos</b></p> <p>Artículos médicamente necesarios u otros materiales que se usan una vez, y se desechan, o agotados de alguna manera. Incluye, entre otros: catéteres, gasa, suministros de vendajes quirúrgicos, vendas, agua estéril y suministros de traqueotomía.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>


---

\* Excepto en una emergencia, puede que se requiera autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir ciertos dispositivos protésicos y los suministros relacionados.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Evaluación y terapia para reducir el uso indebido de alcohol</b></p> <p>Cubrimos una evaluación de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (entre ellos, mujeres embarazadas) que hacen uso indebido de bebidas alcohólicas pero no son alcohólicos.</p> <p>Si su evaluación es positiva para el uso indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones cortas personalizadas de terapia por año (si se muestra apto y atento durante la terapia), que serán proporcionadas por un profesional o médico de atención primaria calificado en un centro de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de evaluación y terapia cubiertos por Medicare para reducir el uso indebido de alcohol.</p>
<p><b>Exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>Se cubre una LDCT cada 12 meses para pacientes que reúnan los requisitos.</p> <p><b>Los miembros elegibles</b> para este estudio son personas de entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado un mínimo de 30 paquete-años (un promedio de un paquete por día durante 30 años), o que son fumadores o han dejado de fumar en los últimos 15 años, y reciben una orden escrita para la LDCT de parte de un médico o profesional de la salud calificado durante una visita de asesoramiento sobre este estudio en la que se toman decisiones compartidas, que cumple con los criterios establecidos por Medicare para tales visitas.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores al examen inicial, el miembro inscripto debe recibir una orden escrita para realizarse el estudio, que puede ser suministrada durante cualquier visita acorde a un médico o profesional de la salud calificado. Si en los siguientes exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, el médico o profesional de la salud elige brindar una visita de asesoramiento sobre este estudio en la que se toman decisiones compartidas, la visita deberá cumplir con los criterios establecidos por Medicare para tales visitas.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento en la que se toman decisiones compartidas o para la LDCT cubiertos por Medicare.</p>


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir ETS</b></p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ETS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con riesgo aumentado de contraer una ETS cuando las solicita el médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personalizadas de terapia conductual intensiva de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si son proporcionadas por un médico de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección de ETS y asesoramiento sobre ETS cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Servicios para tratar las afecciones y enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar a los miembros sobre el cuidado de los riñones y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica de etapa IV con una derivación de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales una vez en la vida.</li> <li>• Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3).</li> <li>• Tratamientos de diálisis durante internación (si es internado en un hospital para recibir atención especial).</li> <li>• Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis domiciliaria).</li> <li>• Equipo y suministros para diálisis domiciliaria.</li> <li>• Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de especialistas en diálisis para controlar su diálisis domiciliaria, ayudar en casos de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>de agua).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio</li> <li>• Cambio de tubos y cambio de adaptador</li> <li>• Hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal en ciclos continuos, y diálisis peritoneal ambulatoria continua.</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección, “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	
<p><b>Atención en centros de enfermería especializada</b></p> <p>(Para ver una definición de “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 11 de este manual. Los centros de enfermería especializada en ocasiones se denominan “SNF”, por sus siglas en inglés).</p> <p>Usted tiene hasta 100 días cubiertos por cada período de beneficios. No se requiere ninguna hospitalización previa. Entre los servicios cubiertos se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si fuese médicamente necesario).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería especializada</li> <li>• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención médica (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre).</li> <li>• Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite porque usted tiene cobertura MassHealth Standard (Medicaid).</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF</li> <li>• Análisis de laboratorio realizados comúnmente por los SNF.</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados normalmente por los SNF.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados normalmente por los SNF.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos</p> <p>Usted tiene hasta 100 días cubiertos por cada período de beneficios. No se requiere ninguna hospitalización previa. Aunque se agote su beneficio de Medicare, usted seguirá teniendo la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid). Los miembros de SCO reciben un seguimiento continuo de su salud, incluido el tiempo transcurrido en un centro de enfermería especializada y/o en un centro de cuidado a largo plazo. Tufts Health Plan’s Senior Care Options le indicará los centros seleccionados para atender mejor sus necesidades específicas mientras se le brinda atención en un entorno institucional. Los</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos/profesionales</li> </ul> <p>Generalmente, el PCT trabajará con usted para elegir un centro de enfermería especializada de un grupo de nuestros centros de la red. Esto le brinda la posibilidad de colaborar de manera más estrecha con el proveedor del centro para coordinar su atención médica según sus necesidades individuales. Sin embargo, en determinadas situaciones, que se enumeran a continuación, es posible que usted reciba atención en un centro preferido que no es proveedor de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una residencia para adultos mayores o una comunidad de atención continua para adultos mayores en la que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención de centro de enfermería especializada).</li> <li>• Un SNF en el que vive su cónyuge en el momento en que usted sale del hospital.</li> </ul>	<p>miembros del equipo pueden incluir un enfermero profesional o un médico asignado y coordinadores de servicios de salud hospitalarios y comunitarios, y especialistas. Usted trabajará con su PCT para elegir un centro adecuado dentro de las opciones identificadas. Esto significa que, en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a todos los centros de la red para estos servicios. Las exclusiones incluyen casos en los que un familiar cercano vive en un centro que usted solicita o si usted vive actualmente en un centro y se inscribe en nuestro programa SCO.</p>
<p> <b>Tratamiento antitabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar y usar tabaco)</b></p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el uso del tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de tratamiento para dejar el tabaco en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de tratamiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el uso del tabaco o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de tratamiento antitabaquismo. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento de tratamiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El asesoramiento telefónico para dejar de fumar también se encuentra disponible a través de QuitWorks.</li> </ul> <p>QuitWorks es un servicio gratuito para dejar de fumar basado en evidencia desarrollado por el Departamento de Salud</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo del tratamiento antitabaquismo cubierto por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Pública de Massachusetts</p> <p>Si está listo para dejar de usar tabaco o está pensando en hacerlo, pregúntele a su médico sobre QuitWorks, visite <a href="http://www.makesmokinghistory.org">www.makesmokinghistory.org</a>, o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte el Formulario de Tufts Health Plan Senior Care Options para conocer los productos cubiertos para dejar de fumar.</li> </ul>	
<p><b>Traslados (ida y vuelta a sus consultas médicas)</b></p> <p>Traslado en ambulancia, taxi y automóvil para sillas de ruedas para consultas médicas que no son de emergencia.</p>	<p>Paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios necesarios de urgencia</b></p> <p>Los servicios necesarios de urgencia son proporcionados para tratar una enfermedad, lesión o problema de salud imprevistos, pero no de emergencia, que requieren atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles o no se tiene acceso a ellos temporalmente.</p> <p>La participación en los costos para servicios de emergencia prestados fuera de la red es la misma que para esos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Su plan incluye cobertura internacional para la atención de urgencia.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p>
<p> <b>Atención oftalmológica</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, entre ellas, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oftalmológicas) para lentes o lentes de contacto, pero estos exámenes están cubiertos por el beneficio de examen oftalmológico de rutina que se describe a continuación.</li> <li>• Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma,</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare para servicios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección ocular.</p> <p>Usted paga \$0 por un</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>cubriremos un examen de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años.</p>	<p>examen de glaucoma si presenta alto riesgo. Para recibir los servicios de diagnóstico o tratamiento de una afección médica ocular, debe tener una derivación de su PCP. No se requiere derivación para una visita al optometrista, pero debe usar un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>En el caso de pacientes diabéticos, cubrimos un examen de detección de retinopatía diabética una vez por año.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por una retinopatía diabética anual. Para recibir los servicios, debe tener una derivación de su PCP.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un par de lentes con marcos estándar o lentes de contacto terapéuticos (recetados) después de cada cirugía de cataratas que incluya inserción de un lente intraocular. Lentes correctivos/marcos (y reemplazos) necesarios después de una eliminación de cataratas sin implante de lente (la tonalización, protección antirreflejo, lentes U-V o extra grandes están cubiertos solo cuando el médico tratante los considere médicamente necesarios).</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por un par de lentes estándar con marcos estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando se compran en un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará la diferencia entre el cargo permitido por Medicare y el costo del proveedor si compra marcos mejorados. No se requiere derivación para este servicio, pero debe adquirir los artículos ópticos cubiertos de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un par de lentes terapéuticos estándar (recetados) por año calendario (incluye un par de marcos estándar y lentes</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por un par de lentes estándar con marcos</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**


<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>monofocales, bifocales y trifocales) o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, miopía elevada, afaquia, afaquia congénita o pseudoafaquia.</p>	<p>estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, miopía elevada, afaquia, afaquia congénita o pseudoafaquia. Usted pagará la diferencia de precio por encima del cargo permitido.</p> <p>No se requiere derivación para este servicio, pero debe adquirir los artículos ópticos cubiertos de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen oftalmológico de rutina por año calendario</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por un examen oftalmológico de rutina anual.</p> <p>No se requiere derivación para un examen oftalmológico de rutina anual, pero debe usar un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de lentes de rutina (lentes y marcos recetados) y/o lentes de contacto hasta \$300 por año calendario.</li> </ul>	<p>Para acceder al beneficio de artículos ópticos de rutina, puede comprar los artículos ópticos a cualquier proveedor.</p>
<p>Si los lentes y/o lentes de contacto recetados se compran en un proveedor de la red EyeMed Vision Care, el beneficio está limitado a \$300 por año calendario. Los artículos de oferta están excluidos y este beneficio no puede combinarse con ningún otro descuento, cupón o código promocional de las tiendas.</p>	<p>Si elige un proveedor de la red EyeMed Vision Care, se aplica el beneficio de \$300 por año calendario para lentes (lentes y marcos) y lentes de contacto en el momento del servicio, y usted paga la diferencia. El proveedor de EyeMed</p>
<p>Si los lentes y/o lentes de contacto se compran en una tienda que no es parte de la red EyeMed Vision Care, el beneficio</p>	



**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>está limitado a \$180 por año calendario.</p> <p>Para comunicarse con EyeMed Vision Care si tiene alguna pregunta, llame al 1-866-591-1863.</p>	<p>Vision Care procesará la reclamación.</p> <p>Si usa un proveedor que no es de la red, deberá pagarlo de su bolsillo y solicitar el reembolso. Se le reembolsará hasta \$180 por año calendario para lentes (lentes y marcos) y lentes de contacto. Debe presentar una reclamación a EyeMed Vision Care para obtener el reembolso. Comuníquese con Servicios al Cliente para solicitar el formulario de reclamación.</p> <p>Si el costo de los artículos ópticos supera el límite del beneficio (\$300 en la red EyeMed Vision Care, \$180 para un proveedor no participante), usted paga todos los cargos adicionales.</p> <p>El proveedor del plan para servicios, lentes o lentes de contacto para la atención de rutina puede ser diferente del proveedor del plan para servicios, lentes o lentes de contacto para el tratamiento de las afecciones médicas descritas en los primeros cuatro puntos. Llame a Servicios al cliente si tiene preguntas o inquietudes acerca de sus beneficios oftalmológicos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> <b>Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. Esta visita incluye una evaluación de su salud, educación y asesoramiento acerca de servicios preventivos que usted necesita (entre ellos, algunos exámenes de detección y vacunas), y derivaciones para recibir atención adicional si fuera necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” únicamente dentro del período de 12 meses desde su inscripción en la Parte B de Medicare. Cuando haga la cita, avísele al personal del consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.</p>
<p><b>Pelucas</b></p> <p>Las pelucas están cubiertas para los miembros que pierden el cabello debido al tratamiento para el cáncer.</p> <p>Para recibir este reembolso, presente un formulario de reembolso junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional indicada en el formulario. Para pedir un formulario de reembolso, llame a Servicios al cliente o visite nuestro sitio web <a href="http://thpmp.org/sco">thpmp.org/sco</a>. Envíe el formulario completo con cualquier documento que se requiera a la dirección que figura en el formulario. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al cliente.</p>	<p>El plan cubre hasta \$350 en un año calendario.</p> <p>Para tener acceso a este beneficio, puede comprar la peluca a cualquier proveedor.</p> <p>Si elige un proveedor de la red, el beneficio de \$350 por año calendario se aplica en el momento del servicio, y usted paga la diferencia.</p> <p>Si usa un proveedor que no es de la red, deberá pagarlo de su bolsillo y solicitar el reembolso. Debe presentar una reclamación al plan para obtener el reembolso. Comuníquese con Servicios al Cliente para solicitar el formulario de reclamación.</p>

---

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

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Servicios que <i>no</i> están cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options</b>
--------------------	--

Los servicios que no estén cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options no estarán disponibles a través de Medicare o MassHealth (Medicaid).

---

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

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones)</b>
--------------------	--

Esta sección le indica qué servicios están “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre estos servicios.

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

No pagaremos los servicios médicos excluidos descriptos en el cuadro siguiente, salvo en las situaciones específicas mencionadas. Esta es la única excepción: pagaremos si, después de una apelación, se determina que un servicio contenido en el cuadro a continuación servicio médico debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 8 de este manual).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el cuadro que figura a continuación.

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ningún caso</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicaciones.  Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original		✓ Puede ser cubierto por Original Medicare si es parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.  (Consulte el Capítulo 3, Sección 5,

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
Medicare establecen que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Tratamiento quirúrgico de la obesidad patológica		<p style="text-align: center;">✓</p> Tiene cobertura solo cuando se trata de una necesidad médica y lo cubre Original Medicare.
Habitación privada en un hospital		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Servicios de enfermería privada		<p style="text-align: center;">✓</p> Beneficios cubiertos con MassHealth Standard (Medicaid)
*El cuidado extrasanitario es el cuidado proporcionado en un hogar de adultos mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro de asistencia cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada.		<p style="text-align: center;">✓</p> Beneficios cubiertos con MassHealth Standard (Medicaid)
Servicios domésticos, que incluyen asistencia doméstica básica, como quehaceres domésticos sencillos y preparación sencilla de comidas.		<p style="text-align: center;">✓</p> Beneficios cubiertos con MassHealth Standard (Medicaid)
Honorarios cobrados por atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.		<p style="text-align: center;">✓</p> Beneficios cubiertos con MassHealth Standard (Medicaid)
Procedimientos o servicios de mejoramiento optativos o voluntarios (como pérdida de peso, crecimiento capilar, desempeño sexual, rendimiento deportivo, con fines cosméticos, de rejuvenecimiento y		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
rendimiento mental)		
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cubierto en casos de lesiones accidentales o para mejorar la malformación de una parte del cuerpo.</li> <li>Cubierto para todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía, así como del seno no afectado para producir una apariencia simétrica.</li> </ul>
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Beneficios cubiertos con MassHealth Standard (Medicaid)</p>
Atención dental que no es de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Beneficios cubiertos con MassHealth Standard (Medicaid)</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está cubierta la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.</p> <p>Beneficios cubiertos con MassHealth Standard (Medicaid)</p>
Podología de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cierta cobertura limitada si se proporciona según las pautas de Medicare, por ej., si tiene diabetes.</p> <p>Beneficios cubiertos con MassHealth Standard (Medicaid) cuando fuese médicamente necesario.</p>
Comidas entregadas a domicilio		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Beneficios cubiertos con MassHealth Standard (Medicaid)</p>
Calzado ortopédico.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si el calzado es parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y está incluido en el costo del dispositivo, o si el calzado es para</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en situaciones específicas
		una persona que sufre de enfermedad del pie diabético.
Aparatos ortopédicos.		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas que sufren de enfermedad del pie diabético.
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para ajustar los audífonos.		✓ Los exámenes de audición (diagnóstico y rutinarios anuales) están cubiertos con Medicare. Audífonos, ajustes, cubiertos con los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid).
Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otros accesorios para corregir la visión deficiente.		✓ Las personas que se sometieron a una cirugía de cataratas tienen cubierto el examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto).  Tiene cobertura solo cuando se trata de una necesidad médica y lo cubre Original Medicare.
Procedimientos para revertir la esterilización y suministro de anticonceptivos sin receta.	✓	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	

\* El cuidado extrasanitario consta de cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo ayuda con actividades cotidianas como bañarse y vestirse.

# CAPÍTULO 5

*Cómo utilizar la cobertura del plan  
para sus medicamentos recetados  
de la Parte D*

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

<b><u>Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D</u></b>	
<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción..... 113</b>
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D..... 113
Sección 1.2	Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan .... 114
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan. .... 115</b>
Sección 2.1	Para que su medicamento recetado sea cubierto, use una farmacia de la red..... 115
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red..... 115
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan ..... 116
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener una provisión de medicamentos a largo plazo?..... 117
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?.. 118
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan. .... 119</b>
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos ..... 119
Sección 3.2	Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos ..... 121
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos ..... 121</b>
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?..... 121
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones? ..... 122
Sección 4.3	¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos? ..... 122
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desearía? ..... 123</b>
Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que usted desearía..... 123
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene alguna restricción?..... 124
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos? ..... 126</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año..... 126



## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma? .	127
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan? .....</b>	<b>128</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos .....	128
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Muestre su tarjeta de membresía del plan para adquirir un medicamento .....</b>	<b>129</b>
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía .....	129
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted? .....	129
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....</b>	<b>130</b>
Sección 9.1	¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan? .....	130
Sección 9.2	¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados de largo plazo? .....	130
Sección 9.3	¿Qué sucede si usted está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare? .....	131
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Programas sobre seguridad y administración de medicamentos .....</b>	<b>131</b>
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura.....	131
Sección 10.2	Programa de Gestión de farmacoterapia (MTM) y otros medicamentos para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	132
<b>SECCIÓN 11</b>	<b>Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que usted se encuentra .....</b>	<b>133</b>
Sección 11.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“Parte D EOB”) .....	133
Sección 11.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos .....	133
Sección 11.3	¿Cómo puede obtener información acerca de sus costos de medicamentos si recibe “Extra Help” con sus costos de medicamentos recetados de la Parte D? .....	134

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D



### ¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos?

Como usted es elegible para MassHealth Standard (Medicaid), también califica para Medicare y recibe “Extra Help” de parte de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted se encuentra en el programa “Extra Help”, es posible que **alguna información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso**. Le hemos enviado un folleto aparte, denominado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar sus medicamentos recetados” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este folleto, llame a Servicios al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono para llamar a Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

## SECCIÓN 1 Introducción

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D</b>
--------------------	--

Este capítulo explica las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D.

Además de la cobertura de sus medicamentos de la Parte D, Tufts Health Plan Senior Care Options también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan: Mediante su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre medicamentos que se le proporcionan durante las internaciones cubiertas en el hospital o un centro de enfermería especializada. Mediante su cobertura de beneficios de la parte B de Medicare, nuestro plan cubre algunos medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones que le aplican durante una visita al consultorio y medicamentos que le administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos: Qué está cubierto y qué debe pagar*) brinda información sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una internación cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden ser cubiertos por Original Medicare si usted está en un programa de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan cubre solo los servicios y medicamentos de las Partes A, B, y D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y que por lo tanto no están cubiertos por el beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 (*¿Qué sucede si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios: Qué está cubierto*).

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

Las siguientes secciones tratan la cobertura de sus medicamentos según las normas de beneficios de la Parte D. La Sección 9, Cobertura para medicamentos de la *Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos conforme a sus beneficios MassHealth Standard (Medicaid). La *Lista de medicamentos de venta libre (OTC)* le indica cómo averiguar detalles sobre su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).

<b>Sección 1.2</b>	<b>Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan</b>
--------------------	--

El plan generalmente cubrirá la totalidad del costo de sus medicamentos siempre que usted cumpla con las siguientes normas:

- Debe tener un proveedor (un médico, un odontólogo u otra persona que recete) que le emita su receta médica.
- El profesional que receta debe aceptar Medicare o presentar documentación ante CMS que demuestre que está autorizado para emitir recetas, o su reclamación de la Parte D será rechazada. Usted debe preguntarles a los profesionales que le recetan la próxima vez que los llame o visite si cumplen con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que le llevará tiempo a quien le receta presentar los documentos necesarios para que se procesen.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para adquirir sus medicamentos. (Consulte la Sección 2, *Adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por cierta bibliografía. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

**SECCIÓN 2 Adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan.**

---

**Sección 2.1 Para que su medicamento recetado sea cubierto, use una farmacia de la red**

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *únicamente* si se adquieren en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubrimos los medicamentos comprados en farmacias fuera de la red).

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

**Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red****¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web ([thmp.org/sco](http://thmp.org/sco)) o llamar a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita renovar un medicamento que estaba tomando, puede solicitar una nueva receta escrita por un proveedor o hacer que transfieran el despacho de su medicamento a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que estaba utilizando deja de formar parte de la red del plan, tendrá que buscar otra farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede solicitar ayuda a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) o utilizar el *Directorio de proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [thmp.org/sco](http://thmp.org/sco).

**¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?**

En ocasiones, los medicamentos recetados deben adquirirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria. Nuestro plan cubrirá la terapia de infusión domiciliaria en los siguientes casos:

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- Si su medicamento recetado está en el formulario de nuestro plan o si se ha concedido una excepción al formulario para su medicamento recetado.
- Si su medicamento recetado no está cubierto de otro modo por el beneficio médico de nuestro plan.
- Si nuestro plan ha aprobado su indicación de terapia de infusión domiciliaria.
- Si su receta fue emitida por una persona autorizada para recetar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de cuidados de largo plazo. Por lo general, un centro de cuidados de largo plazo (por ej., una residencia de adultos mayores) cuenta con su propia farmacia. Si está en un centro de cuidados de largo plazo, debemos asegurarnos de que puede recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de centros de cuidados de largo plazo, que es normalmente la farmacia que utiliza el centro de cuidados a largo plazo. Si tiene algún problema para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidados de largo plazo, comuníquese con Servicios al Cliente.
- Farmacias que prestan servicio al Servicio de salud para indígenas (IHS)/Programas de salud para indígena urbanos (UIHS)/Programas tribales (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solo nativos estadounidenses o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que expenden medicamentos que están restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos a ciertas ubicaciones o que requieren una manipulación especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación ocurre con muy poca frecuencia).

Para localizar una farmacia de especialidad, busque en su *Directorio de proveedores* o llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

### Sección 2.3      Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para algunos medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos provistos mediante pedido por correo son medicamentos que usted toma periódicamente, por una afección médica crónica o de largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted solicite **al menos un suministro de 30 días de medicamento y un suministro de no más de 90 días.**

Para obtener información sobre cómo adquirir sus medicamentos por correo, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

Generalmente, un pedido de una farmacia de pedido por correo le llegará en no más de 14 días. Sin embargo, es posible que algunas veces su pedido por correo se retrase. Si su pedido se retrasa, llame a Servicios al cliente durante el horario de atención y le permitiremos adquirir un suministro parcial del medicamento en una farmacia minorista de la red.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

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

Cuando la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para saber si desea el suministro del medicamento inmediatamente o más adelante. Esto le dará la posibilidad de verificar que la farmacia le entregará el medicamento correcto (como la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, podrá detener o retrasar el pedido antes de que se facture y envíe. Es importante que conteste cada vez que lo contacte la farmacia, para informarle qué hacer con el nuevo medicamento y prevenir toda demora en el envío.

**Reposiciones de medicamentos pedidos por correo.** Para las reposiciones, comuníquese con su farmacia 22 días antes de que los medicamentos que tiene en su poder vayan a terminarse, para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda confirmar su pedido con usted antes de enviarlo, asegúrese de que sepan cuál es el medio de contacto más efectivo. **Llame a Servicios al cliente de CVS Caremark al número gratis 1-855-220-5724 (TTY 1-866-236-1069) para indicar el número de teléfono al que desea ser contactado. El horario de atención son los 7 días de la semana, de 7 a. m. a 12 a. m., hora del este.**

<b>Sección 2.4</b>	<b>¿Cómo puede obtener una provisión de medicamentos a largo plazo?</b>
--------------------	---

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro de medicamentos a largo plazo (también llamado "suministro prolongado") de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma periódicamente para un problema de salud crónico o prolongado). Puede pedir este suministro por correo (vea la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten adquirir un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores* encontrará las farmacias de la red que pueden dispensar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).
2. Para algunos medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted solicite *al menos* un suministro de 30 días de medicamento y un suministro de *no más de* 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D****Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?****Su medicamento recetado puede estar cubierto en determinadas situaciones.**

Generalmente, cubrimos los medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las que puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, las siguientes son las circunstancias en las que cubriríamos medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- **Emergencias médicas**
  - Cubriremos los medicamentos recetados que se adquieran en una farmacia fuera de la red si se relacionan con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia. Por lo general, en este caso usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reclamación impreso.
- **Cuando usted viaja o si está lejos del área de servicio del plan**
  - Si toma un medicamento recetado en forma habitual y está por viajar, asegúrese de controlar su suministro de medicamento antes de partir. En la medida de lo posible, lleve consigo la cantidad de medicamento que necesitará. Puede pedir sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestro servicio de pedido por correo o a través de una farmacia minorista de la red.
  - Si usted viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del plan y se enferma, o extravía o se queda sin medicamentos recetados, cubriremos los medicamentos recetados que compre en una farmacia fuera de la red si sigue todas las reglas de cobertura descritas en este documento y si no hubiese una farmacia de la red disponible. Por lo general, en este caso usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reclamación impreso.
  - Antes de comprar sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red, comuníquese con Servicios al Cliente para saber si hay una farmacia de la red en el área hacia dónde está viajando. Nuestra red de farmacias es nacional. Si no hay farmacias de la red en esa área, Servicios al Cliente puede coordinar que usted adquiera sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red.
- **Otros casos en los que usted puede comprar sus medicamentos recetados con cobertura en una farmacia fuera de la red**

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- Cubriremos sus medicamentos recetados comprados en una farmacia fuera de la red si se cumple al menos uno de los siguientes requisitos:
  - Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio, porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que provea servicio las 24 horas.
  - Si intenta adquirir un medicamento recetado cubierto que habitualmente no está en existencia en una farmacia minorista de la red elegible o farmacia de pedido por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacológicos especiales).
- Antes de adquirir su medicamento recetado en cualquiera de estas situaciones, llame a Servicios al cliente para saber si hay una farmacia de la red en su área donde puede obtener el medicamento. Si usted acude a una farmacia fuera de la red por las razones mencionadas anteriormente, por lo general, deberá pagar el costo total cuando adquiera su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reclamación.

En estas situaciones, **primero confirme con Servicios al cliente** si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual). Quizás deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubrimos en una farmacia de la red.

### ¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total cuando adquiera su medicamento recetado. Puede solicitarnos el reembolso correspondiente. (En el Capítulo 6, Sección 2.1, se explica cómo solicitar un reembolso al plan).

---

## SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.

---

<b>Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos</b>
---

El plan cuenta con una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos “Lista de medicamentos”, para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 de este capítulo, se explica sobre los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos



## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

conforme a sus beneficios MassHealth Standard (Medicaid). La Lista de medicamentos de venta libre (OTC) le indica cómo averiguar detalles sobre su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo, y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que cumple con uno de los siguientes:

- está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (Es decir, la Administración de Medicamentos y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la que se lo ha recetado).
- -- o -- está respaldado por cierta bibliografía. (Esta bibliografía se compone de *American Hospital Formulary Service Drug Information*; el Sistema de información DRUGDEX, USPDI o su sucesor; y, para el cáncer, *National Comprehensive Cancer Network* y *Clinical Pharmacology* o sus sucesores.)

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, actúa también como el medicamento de marca y suele costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

### Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre algunos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son más baratos que los medicamentos recetados y tienen el mismo efecto. Para más información, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

### ¿Qué medicamentos *no* están en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- La Lista de medicamentos de venta libre (OTC) le indica cómo averiguar detalles sobre su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### Sección 3.2      **Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos**

Tiene 3 formas de averiguarlo:

1. Búsquelo en la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio web del plan ([thpmp.org/sco](http://thpmp.org/sco)). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios al cliente para averiguar si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar un ejemplar de la lista. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

---

## SECCIÓN 4      **Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos**

---

### Sección 4.1      **¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Para algunos medicamentos recetados, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboraron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también sirven para controlar los costos totales de los medicamentos, y hacen que su cobertura de medicamentos sea menos costosa.

En general, nuestras reglas lo orientan para que obtenga un medicamento que sirva para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo sea médicamente tan eficaz como el medicamento de costo superior, las reglas del plan están diseñadas para recomendarles a usted y a su proveedor el uso de la opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y reglamentaciones de Medicare respecto de la cobertura y la participación en los costos de los medicamentos.

**Si hay una restricción para su medicamento, generalmente usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá recurrir al proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar el pedido de exención de su restricción. (Consulte el Capítulo 8, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden corresponder diversas restricciones o participación en los costos de acuerdo con distintos factores, como concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en vez de 100 mg; una vez al día en vez de dos al día; tableta en vez de líquido).

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

### Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza distintos tipos de restricciones para que nuestros miembros puedan hacer el mejor uso de sus medicamentos. En las siguientes secciones le brindamos más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

#### Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento “genérico” actúa igual que un medicamento de marca y suele costar menos. **Cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará en su caso, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

#### Obtener aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted y su proveedor deben solicitar la aprobación del plan para que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se conoce como “**autorización previa**”. A veces, el requisito de autorización previa sirve para aconsejar el uso correcto de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no estar cubierto por el plan.

#### Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le recomienda probar primero medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no funciona en su caso, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**terapia escalonada**”.

#### Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, el plan restringe la cantidad de medicamento que puede recibir cada vez que adquiere su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

### Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) o visite nuestro sitio web ([thmp.org/sco](http://thmp.org/sco)).

**Si hay una restricción para su medicamento, generalmente usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Si existe una restricción para el medicamento que desea tomar, recomendamos comunicarse con Servicios al cliente para informarse sobre lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá recurrir al proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar el pedido de exención de su restricción. (Consulte el Capítulo 8, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

---

### SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desearía?

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que usted desearía.</b>
--------------------	--

Esperamos que su cobertura de medicamentos le sirva. Pero es posible que haya un medicamento recetado que usted está tomando actualmente, o uno que su proveedor piensa que debería tomar, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto. O quizás esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento. Según lo explicado en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría pedir que pruebe primero un medicamento diferente para ver si funciona, antes de que el plan cubra el medicamento que usted desea tomar. O puede haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un período específico. En algunos casos, es posible que usted busque la exención de su restricción.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que usted desearía.

- Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D****Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene alguna restricción?**

Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, puede hacer lo siguiente:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo algunos miembros en determinadas circunstancias pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud de cobertura del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

**Es posible que pueda obtener un suministro temporal**

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando el suyo no está en la Lista de medicamentos o cuando tiene alguna restricción. De esta manera tendrá tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para poder recibir un suministro temporal, debe cumplir con estos dos requisitos:

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no se incluye en la Lista de medicamentos del plan,**
- --o-- el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (la Sección 4 de este capítulo brinda información sobre las restricciones).

**2. Usted debe estar en una de estas situaciones:**

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y no se encuentran en un centro de cuidados de largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos múltiples reposiciones de medicamento para brindarle un suministro de medicamento que cubra hasta un máximo de 30 días. El medicamento recetado debe adquirirse en una farmacia de la red.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado y se encuentran en un centro de cuidados de largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado.** El suministro total será por un máximo de 91-98 días. Si su receta es por menos días, permitiremos múltiples reposiciones de medicamento para brindarle un suministro de medicamento que cubra hasta un máximo de 91-98 días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar su desperdicio).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, residen en un centro de cuidados de largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento determinado o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro de transición de cuidados de largo plazo mencionado anteriormente.

- Como miembro actual, si está en un centro de cuidados de largo plazo y sufre un cambio inesperado de medicamentos debido a un cambio en el nivel de atención, puede solicitar que aprobemos una reposición temporal del medicamento no cubierto por única vez para darle tiempo de conversar sobre un plan de transición con su médico. Su médico también puede solicitar una excepción de cobertura para el medicamento no cubierto a partir de una evaluación de necesidad médica siguiendo el proceso de excepción estándar señalado anteriormente. La primera reposición temporal, por lo general, será un suministro de 31 días, pero se puede extender para darle tiempo a usted y a su médico de manejar las complejidades de los distintos medicamentos o cuando lo ameriten circunstancias especiales. Puede solicitar una reposición temporal del medicamento recetado llamando al departamento de Servicios al cliente de Tufts Health Plan Senior Care Options.

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica solamente a los medicamentos que son medicamentos de la Parte D y que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no puede usarse para comprar medicamentos que no integran la Parte D o medicamentos fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para comprar fuera de la red.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la contratapa de este manual).

Mientras recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual. Las secciones que figuran a continuación brindan más información sobre estas opciones.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### Puede cambiar de medicamento

Comience por conversar con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar en su caso. (Los números de teléfono para llamar a Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

### Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía. Si su proveedor afirma que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede solicitarle al plan que cubra un medicamento aun cuando no está en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 8, Sección 7.4 brinda información sobre qué hacer. Allí se explica el procedimiento y los plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea manejada de manera oportuna y justa.

---

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

---

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

La mayoría de las modificaciones en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría modificar la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos se encuentran disponibles, incluso nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno aprueba un uso nuevo de un medicamento existente. En ocasiones, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no era eficaz.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

En casi todos los casos, debemos obtener autorización de Medicare para modificar la Lista de medicamentos del plan.

### Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted toma?

#### ¿Cómo sabrá si se ha modificado la cobertura de su medicamento?

Si se produce un cambio en la cobertura *de un medicamento que usted toma*, el plan le enviará un aviso para informárselo. Generalmente, **le informaremos con un mínimo de 60 días de anticipación.**

De vez en cuando, un medicamento **se retira repentinamente** del mercado porque se descubre que no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Le informaremos sobre este cambio de inmediato. Su proveedor también estará al tanto de este cambio y puede conversar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

#### ¿Las modificaciones en su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta un medicamento que usted toma, el cambio no lo afectará hasta el 1 de enero del año próximo si permanece en el plan:

- Si introducimos una nueva restricción respecto a su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no debido a un retiro repentino del mercado o porque un nuevo medicamento genérico lo ha reemplazado.

Si ocurre cualquiera de estos cambios con un medicamento que usted toma, el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año próximo. Hasta esa fecha, es probable que sus pagos no sufran ningún aumento ni que su uso del medicamento sufra una restricción adicional. Sin embargo, el 1 de enero del año próximo, usted se verá afectado por los cambios.

En algunos casos, el cambio de cobertura lo afectará antes del 1 de enero:

- Si un **medicamento de marca que usted toma se reemplaza por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe notificárselo al menos con 60 días de anticipación o proporcionarle un suministro de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
  - Durante este período de 60 días, debe conversar con su proveedor el cambio al medicamento genérico o un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca. Para saber cómo solicitar una



## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

- Repetimos que, si se **retira repentinamente** un medicamento del mercado porque se descubre que no es seguro o por otros motivos, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Le informaremos sobre este cambio de inmediato.
  - Su proveedor también estará al tanto de este cambio y puede conversar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

---

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

---

### Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica los tipos de medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que ni Medicare ni MassHealth Standard (Medicaid) pagan estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos que se incluyen en esta sección. Esta es la única excepción: Si después de una apelación se determina que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido de la Parte D, y deberíamos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 8, Sección 7.5 de este manual). Si el medicamento excluido por nuestro plan lo excluye también MassHealth Standard (Medicaid), usted debe pagarlo por su cuenta.

Las siguientes son tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir un uso no indicado en la etiqueta. El “uso no indicado en la etiqueta” es todo uso que se dé al medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
  - Por lo general, la cobertura para un “uso no indicado en la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por cierta bibliografía. Esta bibliografía se compone de *American Hospital Formulary Service Drug Information*, el sistema de información DRUGDEX; y para el cáncer, *National Comprehensive Cancer Network* y *Clinical Pharmacology*, o sus sucesores). Si el uso no está respaldado

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

por ninguno de estos libros, nuestro plan no puede cubrir su “uso no indicado en la etiqueta”.

Además, conforme la ley, las categorías de medicamentos enumerados a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos estén cubiertos por su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) según se indica a continuación.

- Medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos de venta libre). Algunos medicamentos de venta libre están incluidos en su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).
- Medicamentos usados para incentivar la fertilidad.
- Medicamentos usados para el alivio de la tos o los síntomas de resfriado.
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para incentivar el crecimiento capilar.
- Productos minerales y vitaminas recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor. Algunos medicamentos de venta libre están incluidos en su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos ambulatorios para los que el fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de control se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta.

---

### **SECCIÓN 8      Muestre su tarjeta de membresía del plan para adquirir un medicamento**

---

<b>Sección 8.1      Muestre su tarjeta de membresía</b>
---

Para adquirir su medicamento recetado, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red elegida. Cuando muestra su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan su medicamento recetado cubierto.

<b>Sección 8.2      ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?</b>
--

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted cuando adquiere su medicamento recetado, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo reciba.** Puede solicitarnos el reembolso correspondiente. Consulte el Capítulo 6, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

---

### SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

---

<b>Sección 9.1</b>	<b>¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan?</b>
--------------------	--

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su internación. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección donde se explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

<b>Sección 9.2</b>	<b>¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados de largo plazo?</b>
--------------------	---

Generalmente, un centro de cuidados de largo plazo (por ej., una residencia de adultos mayores) cuenta con su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidados de largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores* para verificar si la farmacia de su centro de cuidados de largo plazo forma parte de nuestra red. Si no la encuentra, o si necesita más información, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual.)

#### **¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados de largo plazo y se inscribe en nuestro plan como miembro nuevo?**

Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros *90 días* de su membresía. El suministro total será por un máximo de 91-98 días, o menos si su receta es para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar su desperdicio). Si ha sido miembro del plan durante más de *90 días* y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción en la

## **Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta es para menos días.

Mientras recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Quizás haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 8, Sección 7.4 brinda información sobre qué hacer.

### **Sección 9.3      ¿Qué sucede si usted está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare?**

Los medicamentos no tienen nunca cobertura simultánea del programa de cuidados paliativos y de nuestro plan. Si usted está inscrito en un programa de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos anti-nauseosos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos que no están cubiertos por cuidados paliativos porque no se relacionan con su enfermedad terminal y afecciones asociadas, nuestro plan debe ser notificado de esta situación, ya sea por el profesional que receta o el proveedor de cuidados paliativos, para que nuestro plan cubra el medicamento. Para prevenir demoras en recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, usted puede consultar a su proveedor de cuidados paliativos o profesional que receta para confirmar si nosotros contamos con la notificación de que se trata de un medicamento no relacionado antes de usted lo adquiera en una farmacia. .

En caso de que usted revoque su selección de cuidados paliativos o si es dado de alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debe presentar documentación a la farmacia que confirme su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección donde se explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

---

## **SECCIÓN 10      Programas sobre seguridad y administración de medicamentos**

---

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

Realizamos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciben una atención médica segura y adecuada. Estas revisiones tienen especial importancia para los miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted adquiere un medicamento recetado. Además, revisamos nuestros registros de manera periódica. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como los siguientes:

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que quizás no son necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser perjudiciales si los toma al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que tienen componentes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

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

<b>Sección 10.2</b>	<b>Programa de Gestión de farmacoterapia (MTM) y otros medicamentos para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos</b>
---------------------	---

Contamos con programas para ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones médicas, toman distintos medicamentos al mismo tiempo y tienen costos muy altos de medicamentos.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboraron este programa. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Uno de los programas se denomina Gestión de farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés). Es posible que algunos miembros que toman medicamentos para distintas afecciones médicas reciban servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud revisarán minuciosamente todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la forma óptima de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier duda o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados o medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda qué puede hacer para usar mejor sus medicamentos, con un espacio para tomar notas o apuntar preguntas de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que toma y por qué los toma.

Es una buena idea tener su revisión de medicación antes de su visita de “bienestar” anual, para poder hablar con su médico sobre su plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a la consulta o en cualquier momento que vaya a hablar con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de salud. Lleve también su lista de medicamentos (por ej., con su identificación) si va al hospital o a la sala de emergencia.

Si tenemos un programa que concuerda con sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, infórmenos y lo retiraremos

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

### SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que usted se encuentra

#### Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“Parte D EOB”)

Nuestro plan realiza el seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que usted efectuó al adquirir o renovar sus medicamentos en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En especial, existen dos tipos de costos de los que realizamos un seguimiento:

- Realizamos un seguimiento de cuánto ha pagado usted. Esto se denomina gasto **“del propio bolsillo”**.
- Llevamos un registro de los **“costos totales de medicamentos”**. Esto es el monto que usted paga de su bolsillo o que otras personas pagan en su nombre, más el monto que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces llamado “Parte D EOB”) cuando haya adquirido uno o más medicamentos recetados mediante el plan durante el mes anterior. Incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe incluye los detalles de pago de los medicamentos recetados que ha adquirido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan, y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Pagos totales correspondientes al año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información “de este año hasta la fecha”. Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados por sus medicamentos desde el comienzo del año.

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

Para realizar un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que efectúa por ellos, usamos registros que nos proporcionan las farmacias. A continuación, se muestra cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando adquiere un medicamento.** Para asegurarse de que sepamos qué medicamentos recetados adquiere y lo que paga por ellos, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que adquiere un medicamento recetado.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Es posible que en ocasiones usted pague los medicamentos recetados, pero nosotros no recibamos automáticamente la información necesaria para realizar el seguimiento de sus gastos del propio bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo, usted nos puede proporcionar copias de los recibos de medicamentos que haya comprado. (Si debe pagar un medicamento que está cubierto, puede solicitar el reintegro a nuestro plan. (Si debe pagar un medicamento que está cubierto, puede solicitar el reintegro a nuestro plan. Las siguientes son algunas de las situaciones en las que se recomienda que nos proporcione copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en ellos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan conforme a un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
  - Toda vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información de los pagos que hayan realizado terceros en su nombre.** Los pagos realizados por algunas personas u organizaciones también se contabilizan para sus gastos del bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situación catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para indígenas (IHS) y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se contabilizan para sus gastos del propio bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo, de modo que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe impreso que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información sea precisa y esté completa. Si cree que falta algo en su informe o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Asegúrese de guardar estos informes. Son registros importantes de sus gastos de medicamentos.

<b>Sección 11.3</b>	<b>¿Cómo puede obtener información acerca de sus costos de medicamentos si recibe “Extra Help” con sus costos de medicamentos recetados de la Parte D?</b>
---------------------	--

Como usted es elegible para Medicaid, también califica para Medicare y recibe “Extra Help” de parte de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted se

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

encuentra en el programa “Extra Help”, es posible que **alguna información de esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplique en su caso**. Le enviamos un folleto aparte, denominado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar sus medicamentos recetados” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este folleto, llame a Servicios al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono para llamar a Servicios al cliente están impresos en la contratapa de este manual).



# CAPÍTULO 6

*Cómo solicitar que paguemos una  
factura que usted ha recibido por  
servicios médicos o medicamentos  
cubiertos*

**Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

**Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>138</b>
Sección 1.1	Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago .....	138
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido .....</b>	<b>140</b>
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago .....	140
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Evaluaremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos .....</b>	<b>141</b>
Sección 3.1	Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento.....	141
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación.....	142
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias .....</b>	<b>142</b>
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos del propio bolsillo de medicamentos .....	142

**Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos**

---

<b>Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago</b>
--

Nuestros proveedores de la red facturan al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica recibida o los medicamentos adquiridos, debe enviarnos la factura para que podamos pagarla. Luego de recibir la factura, analizaremos los datos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que deberían ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya ha pagado por servicios o medicamentos que están cubiertos por el plan, puede solicitarle al plan que le devuelva dicho monto (usualmente se lo conoce como “reembolso”). Cada vez que pague por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan, tendrá derecho a solicitar el debido reembolso. Luego de recibir la factura, analizaremos los datos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que el plan debe cubrirlos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse el gasto o pague una factura que haya recibido.

**1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan**

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de si el proveedor forma parte de nuestra red. Cuando usted recibe servicios de urgencia o de emergencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, debe solicitarle al proveedor que facture los costos al plan.

- Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención médica, debe solicitarnos el reembolso de los gastos. Envíenos la factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
- En ocasiones, es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted cree que no corresponde. Envíenos esta factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
  - Si se le adeuda algo al proveedor, se lo pagaremos directamente a él.
  - Si usted ya ha pagado por el servicio, le haremos el debido reembolso.

## **Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente. No obstante, es posible que se equivoquen y que le soliciten a usted que pague por los servicios.

- Usted solo debe pagar su monto de participación en los costos cuando recibe servicios que están cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, conocidos como “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de participación en los costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que proveedor cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que recibe una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado. Debe solicitarnos el reembolso de sus servicios cubiertos.

### **3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva.**

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

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos luego de su fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso de los gastos. Deberá enviarnos los documentos para que podamos procesar el reembolso. Comuníquese con Servicios al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitar un reembolso y los plazos para presentar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

### **4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para adquirir un medicamento recetado**

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para adquirir un medicamento recetado, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando eso sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado. (Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Si desea tener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso.

## Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

---

### 5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso.

### 6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Es posible que usted tenga que pagar el costo total de un medicamento recetado porque se entera de que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan o puede tener un requisito o una restricción que usted desconocía o creía que no se aplicaba en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos brinde información adicional para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando envíe una solicitud de pago, se procederá a analizarla y decidir si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Esto se denomina “decisión de cobertura”. Si decidimos que el plan debe cubrirlo, pagaremos el costo de los servicios o medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 8 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

---

## SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido

---

<b>Sección 2.1      Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago</b>
---

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

Para asegurarnos de que recibamos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.

**Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web ([thpmp.org/sco](http://thpmp.org/sco)) o bien llame a Servicios al cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

Envíenos por correo su solicitud de pago por servicios médicos junto con las facturas o los recibos de pago a la siguiente dirección:

Tufts Health Plan Senior Care Options  
Claims Department  
P.O. Box 9183  
Watertown, MA 02471-9183

Envíenos su solicitud de pago, junto con las facturas o los recibos de los medicamentos recetados, por correo a la siguiente dirección:

CVS/Caremark  
P.O. Box 52066  
Phoenix, AZ 85072-2066

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos de pago por servicios EyeMed a la siguiente dirección:

Solicitudes de pago de EyeMed:

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

Comuníquese con Servicios al cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podremos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

---

**SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos**

---

<b>Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento</b>
--

Cuando recibimos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos más información de su parte. De lo contrario, evaluaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para recibir la atención médica o adquirir el medicamento, pagaremos por el servicio. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso del costo por correo postal. Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3

## Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

---

explica las reglas que debe seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D).

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no cubriremos tales costos. En cambio, le enviaremos una carta para explicar los motivos por los que no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos a apelar esta decisión.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación</b>
--------------------	---

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

Para obtener información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, puede comenzar por leer la Sección 5 del Capítulo 8. La Sección 5 es una introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos como “apelación.” Después de leer la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 8 que le informa los pasos a seguir en su situación:

- Si desea presentar una apelación para solicitar el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 8.
- Si desea presentar una apelación para recibir el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 8.

---

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

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos del propio bolsillo de medicamentos</b>
--------------------	--

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago sino que nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular sus gastos de bolsillo correctamente. Esto puede ayudarlo a reunir más rápidamente los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

## Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

---

A continuación se describe una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre sus pagos de los medicamentos.

### **Cuando adquiere un medicamento mediante un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos**

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que es externo a los beneficios del plan. Si adquiere algún medicamento mediante un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, puede tener que pagarle un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia de manera que podamos contabilizar sus gastos de bolsillo para reunir los requisitos para la Etapa de cobertura en situación catastrófica.
- **Importante:** Como usted adquiere su medicamento mediante el programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos los costos de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, podemos calcular sus gastos de bolsillo correctamente, y esto le sirve para pasar más rápidamente a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

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



# CAPÍTULO 7

*Sus derechos y responsabilidades*

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....</b>	<b>146</b>
Sección 1.1	Debemos proporcionar información en una forma que le resulte conveniente (en idiomas diferentes del inglés) .....	146
Sección 1.2	Debemos tratarlo con imparcialidad, dignidad y respeto en todo momento	147
Sección 1.3	Debemos garantizar que reciba acceso oportuno a sus servicios o medicamentos cubiertos .....	147
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal .....	148
Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos .....	149
Sección 1.6	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica .....	150
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado .....	152
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si piensa que no recibe un trato imparcial o que no se respetan sus derechos?.....	153
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades...	153
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan .....</b>	<b>154</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades? .....	154
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo lo ayudamos a recibir atención de calidad .....</b>	<b>156</b>
Sección 3.1	Programa de administración médica .....	156

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

---

**SECCIÓN 1      Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan**

---

<b>Section 1.1      We must provide information in a way that works for you (in languages other than English)</b>
---

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Relations (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also provide certain written materials in Spanish and large print at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Relations (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Civil Rights Coordinator (contact information can be found in Chapter 10, Section 5).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Civil Rights Coordinator (contact information can be found in Chapter 10, Section 5). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Customer Relations for additional information.

<b>Sección 1.1      Debemos proporcionar información en una forma que le resulte conveniente (en idiomas diferentes del inglés)</b>
---

Para obtener información de una manera que sea adecuada para usted, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono están en la contratapa de este manual).

Nuestro plan tiene personal y servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos proporcionar material escrito en español y en un tamaño de letra grande sin costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y apropiado. Para obtener información de una manera que sea adecuada para usted, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono están en la contratapa de este manual) o comuníquese con nuestro Coordinador de derechos civiles (la información de contacto se indica en el capítulo 10, sección 5).

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan en un formato que le resulte accesible y apropiado, llame para presentar un reclamo ante nuestro Coordinador de derechos civiles (la información de contacto se indica en el capítulo 10, sección 5). También puede presentar un reclamo a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

directamente en la Oficina de derechos civiles. La información de contacto se indica en esta Evidencia de cobertura o en esta correspondencia, o bien puede comunicarse con Servicios al cliente para obtener más información.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Debemos tratarlo con imparcialidad, dignidad y respeto en todo momento</b>
--------------------	---

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a las personas por su raza, origen étnico, nación de origen, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

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

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, llámenos a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para la silla de ruedas, Servicios al cliente puede ayudarlo.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos garantizar que reciba acceso oportuno a sus servicios o medicamentos cubiertos</b>
--------------------	---

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP/PCT) de la red del plan para que le proporcione y organice sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 ofrece más información). Llame a Servicios al cliente para obtener información sobre los médicos que aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Usted también tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin una derivación.

Como miembro del plan, tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando usted lo necesita. También tiene derecho a adquirir o renovar sus medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin esperas prolongadas.

Si usted cree que no recibe su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de tiempos razonables, la Sección 11 del Capítulo 8 de este manual le explica lo que puede hacer (Si hemos rechazado la cobertura de su atención médica o medicamentos, y usted está en desacuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 8 le explica lo que puede hacer).

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades****Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal**

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que usted nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se usa su información de salud. Le entregamos un aviso escrito denominado “Aviso de prácticas de privacidad”, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.
- Nuestro Aviso de prácticas de privacidad se actualizó en agosto de 2013. Puede ver una copia del Aviso de prácticas de privacidad en nuestro sitio web o si desea que le enviemos una copia, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la portada de este manual).

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

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos su información de salud a alguien que no le brinda o paga su atención médica, *estamos obligados a obtener su autorización por escrito antes*. La autorización por escrito la puede dar usted u otra persona a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
  - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se realizará conforme a las leyes y reglamentaciones federales.

**Puede ver la información que figura en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas**

Usted tiene derecho a revisar sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de ellos. Tenemos permiso de cobrar un cargo por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que se hagan adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita esto, consultaremos a su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene dudas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos</b>
--------------------	---

Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, usted tiene el derecho de solicitarnos todo tipo de información. (Según lo explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le proporcionemos información en un formato que resulte adecuado para usted. Esto incluye recibir información en otros idiomas además del inglés. (Ciertos materiales se encuentran en español o en letra grande).

Si desea acceder a cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluidas las calificaciones otorgadas por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) o visitar nuestro sitio web en [tuftsmedicarepreferred.org](http://tuftsmedicarepreferred.org).
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos qué servicios médicos tiene cubiertos, cualquier restricción en su cobertura y las normas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de*

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

*medicamentos cubiertos (Formulario)*, le brindan información sobre los medicamentos que están cubiertos y le explican las reglas que debe seguir y las restricciones para su cobertura de ciertos medicamentos.

- Si tiene dudas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene alguna restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación incluso si ha recibido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si no está conforme o si no está de acuerdo con una decisión acerca de qué atención médica o qué medicamento de la Parte D está cubierto en su caso, tiene derecho a solicitarnos un cambio de decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para obtener información sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 8 de este manual. Allí encontrará información sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 8 también informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras inquietudes).
  - Si desea solicitarle al plan que pague la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido por atención médica o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 6 de este manual.

**Sección 1.6      Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica****Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de salud cuando solicita atención médica. Sus proveedores deben explicarle su estado de salud y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprenderlos*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de los costos o de si están cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos de manera segura.

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información sobre los riesgos relacionados con su atención médica. Le deben informar por anticipado si la atención médica o el tratamiento propuestos son parte de un estudio de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no se retire. Además, usted tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar su medicación, usted acepta la plena responsabilidad por lo que pueda sucederle a su organismo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de atención médica.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte en caso de que un proveedor se niegue a brindarle la atención médica que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 8 de este manual brinda información sobre cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

**Tiene derecho a brindar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por sí mismo**

En ocasiones, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones relacionadas con la atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle **a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez pierde la capacidad de tomarlas usted mismo.
- **Brindar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que se maneje su atención médica si pierde la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se conocen como **“voluntades anticipadas”**. Existen diferentes tipos de voluntades anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados **“testamento vital”** y **“poder legal para atención médica”** son ejemplos de voluntades anticipadas.

Si desea utilizar una declaración de “voluntad anticipada” para dar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea contar con una declaración de voluntades anticipadas, puede solicitar un formulario a su abogado, asistente social o en alguna tienda de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener los formularios de voluntades anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare.



**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Es recomendable que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Usted debe entregar un ejemplar del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario para tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. También sería conveniente que entregue ejemplares a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado sus voluntades anticipadas, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si es ingresado en un hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de voluntades anticipadas y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de voluntades anticipadas, el hospital cuenta con formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

**Recuerde que es usted quien decide si desea completar una declaración de voluntades anticipadas** (incluso si desea firmarla cuando se encuentra en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no voluntades anticipadas.

**¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?**

Si ha firmado voluntades anticipadas y cree que un médico u hospital no respetó lo indicado en ellas, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública: Department of Public Health, Commissioner's Office, 250 Washington Street, Boston, MA 02110, 1-617-753-8000.

<b>Sección 1.7</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado</b>
--------------------	---

Si usted tiene algún problema o inquietud sobre su atención o servicios cubiertos, el Capítulo 8 de este manual le indica lo que debe hacer. Allí encontrará detalles de cómo afrontar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Usted podría tener que solicitarle al plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, solicitar una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja, **debemos tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que han presentado otros miembros contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

**Sección 1.8      ¿Qué puede hacer si piensa que no recibe un trato imparcial o que no se respetan sus derechos?****Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

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

**¿Se trata de otro tema?**

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos, *y no* se trata de un caso de discriminación, puede recibir ayuda para su problema:

- Puede llamar a **Servicios al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- Puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

**Sección 1.9      Cómo obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades**

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

- Puede llamar a **Servicios al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- Puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights and Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación se encuentra disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

- También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

---

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

---

**Sección 2.1      ¿Cuáles son sus responsabilidades?**

---

A continuación, se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este manual de Evidencia de cobertura para informarse sobre lo que tiene cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre sus servicios médicos, lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar usted.
  - El Capítulo 5 proporciona información sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted tiene alguna información que Tufts Health Plan Senior Care Options pueda necesitar, incluida otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de la de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** *Comuníquese con Servicios al cliente para informarnos* (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
  - Debemos seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que esté utilizando toda su cobertura en conjunto cuando recibe sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud o de medicamentos disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y demás proveedores de atención médica que usted se encuentra inscripto en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando recibe su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo a usted brindándoles información, formulándoles preguntas y continuando con su atención médica.**
  - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención médica, infórmese lo máximo posible sobre sus problemas de salud y

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

bríndeles la información necesaria sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acordaron usted y sus médicos.

- Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Si tiene alguna pregunta, no deje de hacerla. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica le explicarán las cosas de una forma que sea comprensible para usted. Si usted hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Sea atento.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que usted actúe de tal forma que ayude al correcto funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:**
  - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a las Partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options, MassHealth (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si usted no reúne los requisitos en forma automática) y la prima de la Parte B. Si MassHealth Standard (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.
  - Si obtiene algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que usted tenga, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 8 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a saber si se muda fuera de nuestra área de servicio. Podemos informarle si contamos con un plan en su nueva área.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, igual necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante notificar al Seguro Social (o a la Agencia Jubilatoria de Trabajadores Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al cliente para solicitar ayuda.** También son bienvenidas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

- Los números de teléfono y el horario de atención de Servicios al cliente se encuentran impresos en la contratapa de este manual.
- Para obtener más información sobre cómo contactarnos, incluido nuestro domicilio postal, consulte el Capítulo 2.

---

**SECCIÓN 3      Cómo lo ayudamos a recibir atención de calidad**

---

<b>Sección 3.1      Programa de administración médica</b>
---

Nuestro Programa de administración médica sirve para coordinar que los miembros reciban atención médica de calidad en un entorno de tratamiento adecuado. La administración médica se refiere al proceso por el cual Tufts Health Plan o un proveedor de salud autoriza la cobertura para los procedimientos o tratamientos de atención médica. Las decisiones de cobertura se basan en las pautas de necesidad médica usando las pautas de cobertura de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) la adecuación de la atención, el servicio y el entorno.

Usted tiene derecho a una conversación franca con un miembro de su Equipo de atención primaria sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias, sin importar el costo o la cobertura de los beneficios.

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

# CAPÍTULO 8

*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>162</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción..... 162</b>
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud..... 162
Sección 1.2	Cómo entender los términos legales..... 162
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen relación con nosotros..... 163</b>
Sección 2.1	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada ..... 163
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué proceso debe utilizar para manejar su problema? ..... 165</b>
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid)? ..... 165
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS</b> .....	<b>166</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Cómo solucionar problemas relacionados con sus beneficios..... 166</b>
Sección 4.1	¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? ..... 166
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones ..... 167</b>
Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión general ..... 167
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación..... 168
Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo brinda la información pertinente para su situación?..... 169
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Su atención médica y sus medicamentos cubiertos MassHealth: Solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ..... 170</b>
Sección 6.1	Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención médica ..... 170

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

Sección 6.2	Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea) .....	172
Sección 6.3	Instrucciones detalladas: Presentar una apelación de Nivel 1 (Solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) .....	175
Sección 6.4	Instrucciones detalladas: Cómo se presenta una apelación de nivel 2 a Medicare .....	179
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos el costo de una factura que ha recibido por servicios médicos? .....	181
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Sus medicamentos recetados de la Parte D: Solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....</b>	<b>182</b>
Sección 7.1	Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D .....	182
Sección 7.2	¿Qué es una excepción? .....	184
Sección 7.3	Información importante sobre la solicitud de excepciones .....	185
Sección 7.4	Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción .....	186
Sección 7.5	Instrucciones detalladas: Presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) .....	190
Sección 7.6	Instrucciones detalladas: Cómo se presenta una apelación de nivel 2 .....	193
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de su internación si cree que el médico le está dando el alta muy pronto .....</b>	<b>195</b>
Sección 8.1	Durante su internación, si usted tiene la cobertura de Medicare, recibirá un aviso por escrito de Medicare para informarle sobre sus derechos .....	195
Sección 8.2	Instrucciones detalladas: Presentar una apelación de nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital .....	197
Sección 8.3	Instrucciones detalladas: Cómo se presenta una apelación de nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital .....	201
Sección 8.4	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1? .....	202



## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos de Medicare si cree que su cobertura va a finalizar muy pronto. ....</b>	<b>205</b>
Sección 9.1	<i>Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF).</i> .....	205
Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.....	206
Sección 9.3	Instrucciones detalladas: Presentar una apelación del nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo .....	207
Sección 9.4	Instrucciones detalladas: Presentar una apelación del nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo .....	209
Sección 9.5	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1? .....	211
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo presentar su apelación de Medicare al Nivel 3 y a los niveles superiores .....</b>	<b>214</b>
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de atención médica de Medicare .....	214
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.....	215
<b>SECCIÓN 11</b>	<b>Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes .....</b>	<b>217</b>
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se resuelven mediante el proceso de quejas? .....	217
Sección 11.2	El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar un agravio" ....	219
Sección 11.3	Instrucciones detalladas: Cómo presentar una queja.....	220
Sección 11.4	Si usted tiene la cobertura de Medicare, también puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad.....	221
Sección 11.5	Si tiene la cobertura de Medicare, también puede informarle a Medicare sobre su queja .....	222
Sección 11.6	También puede informar a MassHealth (Medicaid) sobre su queja.....	222
Sección 11.7	Quejas sobre la paridad de la salud mental .....	222

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**APELACIONES SOBRE SUS BENEFICIOS DE MASSHEALTH (MEDICAID)..... 223**

**SECCIÓN 12 “Presentación de su apelación sobre los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) al Nivel 2 y a los niveles superiores” ..... 223**

Sección 12.1 Instrucciones detalladas: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2 a MassHealth (Medicaid) ..... 223

Sección 12.2 Otras apelaciones sobre la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid). 225

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### ANTECEDENTES

#### SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo describe los procesos para solucionar problemas e inquietudes: El proceso que usted elija para solucionar su problema depende de dos cosas:

1. Que su problema esté relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **MassHealth Standard (Medicaid)**. Tenga en cuenta que si no tiene cobertura de Medicare, todos sus beneficios están cubiertos por MassHealth Standard (Medicaid). Si desea recibir asesoramiento para decidir qué proceso elegir, si el de Medicare o MassHealth Standard (Medicaid), o ambos, comuníquese con Servicios al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).
2. El tipo de problema que tiene:
  - Para algunos tipos de problemas, usted debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
  - Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare y MassHealth (Medicaid). Para asegurar el manejo justo y oportuno de sus problemas, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Cuál debe utilizar? La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto según el caso.

##### Sección 1.2 Cómo entender los términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de estas reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican las reglas y los procedimientos legales usando palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una demanda por agravios”, “decisión de cobertura” en lugar de “resolución de la organización” o “resolución de cobertura” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También evita el uso de abreviaturas.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

Sin embargo, puede resultar conveniente, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con más claridad y precisión al manejar su problema y obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a que conozca los términos que debe utilizar, incluimos términos legales cuando damos la información para tratar situaciones específicas.

---

### SECCIÓN 2      Usted puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen relación con nosotros

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada</b>
--------------------	---

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para manejar un problema. Esto puede ser particularmente cierto si no se siente bien o si tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

#### **Obtener ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en determinadas situaciones, es posible que usted también desee pedir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental tiene asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar los problemas que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del programa SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

#### **También puede solicitar ayuda e información a Medicare**

Para obtener más información y ayuda sobre cómo manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de solicitar información directamente a Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare: (<https://www.medicare.gov>).

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### Puede obtener ayuda e información a través de MassHealth (Medicaid)

<b>MassHealth (Programa Medicaid de Massachusetts)</b>	
<b>TELÉFONO</b>	1-800-841-2900
<b>TTY</b>	1-800-497-4648  Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
<b>CORREO POSTAL</b>	Para conocer la ubicación del Centro de Inscripción de MassHealth más cercano, llame al 1-800-841-2900 (TTY 1-800-497-4648)
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/">http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/</a>

El programa Massachusetts Community Care Ombudsman ayuda a las personas inscritas en MassHealth Standard (Medicaid) a resolver problemas relacionados con el servicio o la facturación. Pueden ayudarlo a apelar una decisión o presentar una queja relacionada con nuestro plan.

<b>Programa Massachusetts Community Care Ombudsman</b>	
<b>TELÉFONO</b>	1-617-727-7750 o 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
<b>TTY</b>	1-800-872-0166  Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
<b>CORREO POSTAL</b>	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5 <sup>th</sup> Floor Boston, MA 02108
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov">http://www.mass.gov</a>

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

---

**SECCIÓN 3      ¿Qué proceso debe utilizar para manejar su problema?**

---

<b>Sección 3.1      ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid)?</b>
---

---

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de MassHealth Standard (Medicaid), podrá seguir diferentes procedimientos para solucionar un problema o presentar una queja. El procedimiento que elija dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los de MassHealth Standard (Medicaid). **Tenga en cuenta que si no tiene cobertura de Medicare, todos sus beneficios están cubiertos por MassHealth Standard (Medicaid).**

Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por Medicare, deberá seguir el procedimiento de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por MassHealth Standard (Medicaid), deberá seguir el procedimiento de MassHealth Standard (Medicaid) Si desea recibir asesoramiento para decidir qué proceso elegir, si el de Medicare o MassHealth Standard (Medicaid), comuníquese con Servicios al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual).

Los procedimientos de Medicare y de MassHealth Standard (Medicaid) se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber dónde buscar la información que necesita, use el cuadro a continuación.

---

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ.**

**¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid)?**

Si necesita asesoramiento para saber si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), llame a Servicios al cliente. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare.**

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Cómo solucionar problemas relacionados con sus beneficios"**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **MassHealth Standard (Medicaid).**

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Revise la sección siguiente de este capítulo, Sección 4, “**Para solucionar problemas acerca de su beneficio**” y también pase a la **Sección 12** de este capítulo, “**Presentación de su apelación sobre los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) al Nivel 2 y niveles superiores**”.

### PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS

#### SECCIÓN 4      **Cómo solucionar problemas relacionados con sus beneficios**

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?</b>
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre los problemas o las quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o MassHealth Standard (Medicaid)**. **Tenga en cuenta que si no tiene cobertura de Medicare, todos sus beneficios están cubiertos por MassHealth Standard (Medicaid)**.

Use este cuadro para encontrar la sección de este capítulo que lo ayudará a resolver su problema o inquietud relacionado con los beneficios:

#### **Su problema o inquietud, ¿está relacionado con beneficios o cobertura?**

(Esto incluye problemas como saber si determinados medicamentos recetados o atención médica están cubiertos o no, el tipo de cobertura que tienen y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

**Sí.** Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 5**, “**Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones**”.

**No.** Mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: “**Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**”.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 5 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión general**

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones trata problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluso problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se utiliza para problemas tales como si un medicamento está cubierto o no y el tipo de cobertura que tiene.

**Solicitar decisiones de cobertura**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura en su caso cada vez que decidimos lo que usted tiene cubierto y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para su caso siempre que le brinda atención médica o cuando su médico de la red lo deriva a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar atención médica que usted considera que necesita. Es decir, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura en su caso.

En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o un medicamento no están cubiertos, o que Medicare ya no se los cubre. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

**Presentar una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está conforme con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos con todas las reglas correctamente. Su apelación está a cargo de revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando terminamos la revisión, le damos a conocer nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que tratamos más adelante, puede solicitar una decisión acelerada o una “decisión rápida de cobertura” o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos su apelación de Nivel 1 en forma total o parcial, usted puede solicitar una apelación de Nivel 2. Una organización independiente que no está relacionada con nosotros se encarga de la apelación de Nivel 2. Dónde debe enviar su apelación Nivel 2 depende de quién



## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cubre el beneficio, si Medicare o MassHealth Standard (Medicaid). (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo informaremos. En otras situaciones, deberá solicitarnos una apelación de Nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión de apelación de Nivel 2, posiblemente pueda seguir apelando en los niveles siguientes.

### Sección 5.2      **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

¿Le interesa recibir ayuda? A continuación, le presentamos los recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- Para obtener **ayuda gratuita de una organización independiente** que no está relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
  - Por atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación sobre los beneficios de Medicare es rechazada en el Nivel 1, pasará automáticamente al Nivel 2. Si su apelación está relacionada con los beneficios cubiertos por MassHealth Standard (Medicaid), tendrá la opción de presentar una apelación Nivel 2 ante la Junta de audiencias de MassHealth. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser nombrado su representante.
  - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que recete puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 o nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación después del nivel 2, su médico u otro profesional que le recete debe ser nombrado su representante.
- **Usted puede solicitar que una persona actúe en su nombre.** Si desea, puede designar a otra persona que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Es posible que ya haya una persona autorizada legalmente para actuar como su representante conforme a las leyes estatales.
  - Si desea que un amigo, un pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) y solicite el formulario para “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). El formulario autoriza a dicha persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

por la otra persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de consultas. También existen grupos que brindan servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos necesarios. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

<b>Sección 5.3</b>	<b>¿Qué sección de este capítulo brinda la información pertinente para su situación?</b>
--------------------	--

En las decisiones de cobertura y apelaciones, existen cinco tipos diferentes de situaciones. Debido a que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, brindamos la información para cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica y sus medicamentos cubiertos MassHealth: Solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo (no es aplicable a los miembros del plan sin cobertura de Medicare): “Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de su internación si cree que el médico le están dando el alta muy pronto”
- **Sección 9** de este capítulo (no es aplicable a los miembros del plan sin cobertura de Medicare): “Cómo solicitarnos la continuación de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a finalizar muy pronto. (*Se aplica solo a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF).*)”
- **Sección 12** de este capítulo: “Presentación de su apelación sobre los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) al Nivel 2 y a los niveles superiores”


Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). También puede solicitar ayuda o información a organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual encontrará los números de teléfono de este programa).

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**SECCIÓN 6 Su atención médica y sus medicamentos cubiertos  
MassHealth: Solicitar una decisión de cobertura o  
presentar una apelación**

---

 ¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

<b>Sección 6.1</b>	<b>Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención médica</b>
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos y los medicamentos cubiertos por MassHealth. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: Cuadro de beneficios (qué está cubierto) Para simplificar, usamos las expresiones “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección en lugar de repetir “atención o tratamiento o servicios médicos y medicamentos cubiertos por MassHealth” cada vez.

Esta sección brinda información sobre lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea, y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere brindarle, y usted cree que esta atención médica está cubierta por el plan.
3. Usted ha recibido atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos esta atención.
4. Usted ha recibido y pagado atención o servicios médicos que cree que deben estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención médica.
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que estaba autorizada anteriormente, se verá reducida o interrumpida, y usted considera que si se reduce o interrumpe, su salud podría perjudicarse.
  - **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF), debe leer otra sección de este capítulo, porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Estas son las secciones que debe consultar en esas situaciones:**

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Sección 8 de este capítulo (no es aplicable a los miembros del plan sin cobertura de Medicare): *Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de su internación si cree que el médico le están dando el alta muy pronto.*
- Sección 8 de este capítulo (no es aplicable a los miembros del plan sin cobertura de Medicare): *Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a finalizar muy pronto.* Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: atención médica domiciliaria, atención en centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF).
- Para *todas las demás* situaciones en las que se le ha informado que la atención médica que estaba recibiendo será interrumpida, use esta sección (Sección 6) como orientación sobre qué hacer.

### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si cubriremos la atención o los servicios médicos que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. Consulte la siguiente sección de este capítulo, <b>Sección 6.2.</b>
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que se cubra o se pague?	Puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Pase a la <b>Sección 6.3</b> de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos los gastos de atención o servicios médicos que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Pase a la <b>Sección 6.5</b> de este capítulo.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

<b>Sección 6.2</b>	<b>Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Cuando una decisión de cobertura trata sobre su atención médica, se denomina “ <b>determinación de la organización</b> ”.
---

**Paso 1: Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos una “decisión rápida de cobertura”.**

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una “decisión rápida de cobertura” se conoce como una “ <b>determinación acelerada</b> ”.
---

### *Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea*

- Para empezar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o que proporcionemos cobertura de la atención médica que usted desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

### *En general, utilizamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión*

Cuando le informamos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, salvo que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo, podría llevarnos hasta 14 días calendario más**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos usar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si cree que *no* deberíamos demorarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

para presentar una queja es distinto del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

### *Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida de cobertura”*

- **Una decisión rápida de cobertura significa que le responderemos dentro de las 72 horas.**
  - Sin embargo, podría llevarnos hasta 14 días calendario más si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si decidimos demorarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos demorarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si solicita cobertura de atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya ha recibido.)
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar puede *perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos darle una respuesta rápida.**
- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si es necesaria una respuesta rápida debido a su salud.
  - Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y para ello usaremos los plazos estándar).
  - Esta carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, lo haremos automáticamente.
  - La carta también le informará que puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de ofrecerle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 2: Evaluamos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos una respuesta.**

#### *Plazos para una decisión “rápida” de cobertura*

- Por lo general, en el caso de una decisión rápida de cobertura, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos usar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos demorarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o si existe un período extendido, al final de dicho período), usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 6.3 brinda información sobre cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que hemos acordado brindarle dentro de las 72 horas de la recepción de su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al finalizar el plazo extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

#### *Plazos para una decisión de cobertura “estándar”*

- Por lo general, en el caso de una decisión estándar de cobertura, le daremos una respuesta **dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud**.
  - Podemos demorar hasta 14 días calendario más (“un período extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos usar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos demorarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta en 14 días calendario (o si existe un período extendido, al final de dicho período), usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 6.3 brinda información sobre cómo presentar una apelación.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud. Si extendemos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al finalizar el plazo extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito sobre nuestras razones para hacerlo.

### **Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación para solicitarnos que reconsideremos (y quizás cambiemos) esta decisión. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de la atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que inicia el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

<b>Sección 6.3</b>	<b>Instrucciones detalladas: Presentar una apelación de Nivel 1 (Solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	--

Términos legales
Una apelación presentada al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina una “ <b>reconsideración</b> ” del plan.

**Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación.** Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

#### *Qué debe hacer*

- **Para comenzar su apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para saber cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud firmada.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2.



**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

- Si una persona que no es su médico presenta una apelación en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual) y solicite el formulario para “Designación de Representante”. (También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>). Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito para explicarle su derecho de pedir a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple con el plazo y tiene una buena razón para ello, podemos darle un poco más de tiempo para presentar la apelación. Ejemplos de buenas causas para no cumplir con los plazos pueden ser que usted haya tenido una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o que nosotros le hayamos proporcionado información incompleta o incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información referente a su decisión médica y agregar más información como respaldo de su apelación.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

*Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (usted puede solicitarlo con un llamado telefónico).*

<b>Términos legales</b>
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura de atención médica que usted aún no recibió, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son iguales a los de una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones están detalladas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación rápida", le otorgaremos una apelación rápida.

### **Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a estudiar detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

### ***Plazos para una "apelación rápida"***

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.
  - Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos usar más días para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
  - Si el beneficio es cubierto por Medicare y no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido si nos tomamos más días), debemos enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, informamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó, y la apelación está relacionada con beneficios cubiertos por Medicare**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de las 72 horas de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de rechazo por escrito para informarle que hemos enviado su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente negativa con respecto a lo que solicitó y la apelación concierne a los medicamentos cubiertos o beneficios de MassHealth (Medicaid)**, le enviaremos un aviso de la negativa por escrito informándole de su derecho a presentar una apelación Nivel 2 ante el Comité de Audiencias de MassHealth (Medicaid). Consulte la Sección 12 de este capítulo.

### *Plazos para una "apelación estándar"*

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión más rápidamente si así lo requiere su estado de salud.
  - Sin embargo, si nos solicita más tiempo o si debemos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos demorarnos unos días más para tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos demorarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si la apelación está relacionada con un beneficio cubierto por Medicare y no le damos una respuesta antes de transcurrido el plazo anterior (o al final del período extendido si nos tomamos más días), debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de los 30 días calendario de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó y la apelación está relacionada con un beneficio cubierto por Medicare**, le enviaremos un aviso de rechazo por escrito para informarle que hemos enviado su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es parcial o totalmente negativa con respecto a lo que solicitó y la apelación concierne a los medicamentos cubiertos o beneficios de MassHealth (Medicaid)**, le enviaremos un aviso de la negativa por escrito informándole de su derecho a presentar una apelación nivel 2 ante el Comité de Audiencias de MassHealth (Medicaid). Consulte la Sección 12 de este capítulo.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### **Paso 3: Beneficios cubiertos por Medicare**

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Esto significa que su apelación pasa al próximo nivel del proceso de apelaciones: el nivel 2.

### **Paso 3: Beneficios cubiertos por MassHealth (Medicaid)**

Si solicitó un beneficio cubierto por MassHealth y nuestro plan le dio respuesta negativa respecto de todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos información sobre cómo presentar una apelación Nivel 2 ante el Comité de Audiencias de MassHealth. Consulte la Sección 12.

<b>Sección 6.4</b>	<b>Instrucciones detalladas: Cómo se presenta una apelación de nivel 2 a Medicare</b>
--------------------	---

**Consulte la Sección 12 para obtener información sobre cómo presentar una apelación nivel 2 ante MassHealth (Medicaid).**

Si rechazamos su apelación de nivel 1 sobre un beneficio cubierto por Medicare, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos en su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debería cambiarse.

<b>Términos legales</b>
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ <b>Entidad de Revisión Independiente</b> ”. En ocasiones se la denomina “ <b>IRE</b> ” (por sus siglas en inglés).

### **Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación ante Medicare.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia de gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos a esta organización la información de su apelación. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente más información para respaldar su apelación.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente estudiarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

### *Si recurrió a una "apelación rápida" en el nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el nivel 2*

- Si recurrió a una apelación rápida con nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe proporcionarle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

### *Si recurrió a una "apelación estándar" en el nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el nivel 2*

- Si recurrió a una apelación estándar con nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. La organización de revisión debe proporcionarle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

## **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.**

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará sus razones.

- **Si la organización de revisión aprueba en forma total o parcial lo que usted solicitó**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas, o debemos proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibimos la decisión tomada por la organización de revisión para solicitudes estándar, o bien en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión tomada por la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza en forma total o parcial su apelación**, esto significa que la organización coincide con nosotros en que no debería aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se conoce como “confirmar la decisión”. También se conoce como “denegar su apelación”).
  - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión” usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar una Apelación de nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir con un monto mínimo específico. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que le envía la Organización de Revisión

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

Independiente le informará el valor monetario que debe tener la reclamación para continuar el proceso de apelaciones.

### **Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea seguir apelando.**

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones a Medicare después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su apelación de nivel 2 es denegada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información de cómo proseguir se encuentra en el aviso escrito que recibió después de su apelación de nivel 2.
- Un juez de un tribunal administrativo se ocupa de la apelación de nivel 3. La Sección 10 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 6.5</b>	<b>¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos el costo de una factura que ha recibido por servicios médicos?</b>
--------------------	---

Si desea solicitarnos que paguemos la atención médica, comience por leer el Capítulo 6 de este manual: *Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 6 describe las situaciones en las que quizás deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También explica cómo enviarnos los documentos para solicitarnos que realicemos el pago.

### **Al solicitar un reembolso, le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura**

Si nos envía los documentos para solicitar un reembolso, usted nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5,1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las reglas para el uso de la cobertura de atención médica y otros servicios cubiertos (estas reglas se detallan en el Capítulo 3 de este manual: *Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos*).

### **Aceptaremos o rechazaremos su solicitud**

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago correspondiente a su atención médica en un plazo de 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O bien, si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Al enviar el pago, estamos aprobando su solicitud de decisión de cobertura).

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos los servicios y explicarle los motivos correspondientes. (Al rechazar su solicitud de pago, estamos denegando su solicitud de decisión de cobertura).

### ¿Qué sucede si usted solicita el pago y nosotros lo rechazamos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de negarnos a pagar, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3.** En esta sección puede consultar las instrucciones detalladas. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos solicita un reembolso por atención médica que usted ya ha recibido y pagado, usted no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o a su proveedor dentro de los 30 días calendario. Si recibe una respuesta afirmativa a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

## SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía sobre los “aspectos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

<p><b>Sección 7.1</b></p>	<p><b>Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D</b></p>
---------------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Para estar cubierto, su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o respaldado por cierta bibliografía. Consulte el

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez.
- Para saber a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones en la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*).

### Decisiones de cobertura y apelaciones de medicamentos de la Parte D

Según lo descrito en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina “ <b>determinación de cobertura</b> ”.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, entre las que se incluyen:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
  - Pedirnos que levantemos una restricción en la cobertura de un medicamento (como por ejemplo, los límites en la cantidad de medicamento que recibe)
- Nos consulta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con los requisitos de la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero usted debe solicitar autorización previa para que lo cubramos).
  - *Importante:* Si su farmacia le informa que su medicamento recetado no se puede dispensar tal como está prescrito, usted recibirá un aviso por escrito que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura acerca del pago.



## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección brinda información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el siguiente cuadro para determinar qué partes describen su situación:

### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o desea que no apliquemos una regla o restricción en un medicamento que cubrimos?	Usted puede solicitar que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience por la <b>Sección 7.2</b> de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Pase a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya recibió y pagó?	Puede solicitarnos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted desea que se cubra o se pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Los miembros de Medicare deben pasar a la <b>Sección 7.5</b> de este capítulo. Los miembros que no estén cubiertos por Medicare, pasen a la <b>Sección 12</b> de este capítulo.

### Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desearía, puede solicitar que el plan haga una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De la misma manera que sucede con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, usted podrá apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que recete deberán explicar los motivos médicos por los que deberíamos aprobar la excepción. En ese caso, evaluaremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que puede pedirnos usted, su médico u otro profesional que recete:

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”).

### Términos legales

Solicitar cobertura de un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción al formulario”**.

2. **Eliminar una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto.** Existen otras reglas o restricciones que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

### Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción al formulario”**.

- Entre las reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos están las siguientes:
  - *Tener que usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - *Obtener aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento en su caso. (A veces, esto se denomina “autorización previa”).
  - *Tener que probar primero otro medicamento* para que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (A veces, esto se denomina “terapia escalonada”).
  - *Límites de cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede recibir.

## Sección 7.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

### Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que recete debe presentarnos un informe que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su doctor u otro profesional que recete cuando solicite una excepción.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo resultara igual de eficaz que el medicamento que está solicitando

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

y no provocara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general *no* aprobaremos su solicitud, a menos que ningún medicamento alternativo del nivel o niveles más bajos de participación en los costos le dé los mismos resultados.

### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, normalmente la aprobación será válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico continúe recetándole el medicamento, y este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección 7.5 se indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le informa cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

<b>Sección 7.4</b>	<b>Instrucciones detalladas: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</b>
--------------------	---

**Paso 1:** Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos una “**decisión rápida de cobertura**”. **No puede solicitar una decisión rápida si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró.**

#### *Qué debe hacer*

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que recete) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea solicitar una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D*. De lo contrario, si nos solicita un reembolso por un medicamento, consulte la sección denominada *Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo brinda información sobre cómo puede otorgar su autorización por escrito para que una persona actúe como su representante. Además, puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento**, comience por leer el Capítulo 6 de este manual: *Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 6 describe

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

las situaciones en las que puede ser necesario que solicite un reembolso. También informa cómo enviarnos los documentos para solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que ya ha pagado.

- **Si solicita una excepción, presente el “informe médico de respaldo”.** Su médico u otro profesional que recete deben explicar los motivos médicos para solicitar la excepción al medicamento. (Esto se conoce como el “informe médico de respaldo”). Su médico u otro profesional que recete pueden enviarnos el informe por fax o correo. O bien, su médico u otro profesional que recete pueden informarnos por teléfono, y luego enviar por fax o por correo el informe por escrito si fuera necesario. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar toda solicitud escrita,** incluso una enviada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS que se encuentra disponible en nuestro sitio web.

*Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida de cobertura”*

Términos legales
Una “decisión rápida de cobertura” se conoce como una “ <b>determinación acelerada de cobertura</b> ”.

- Cuando le informamos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, salvo que hayamos acordado utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de recibir el informe de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de recibir el informe de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si solicita cobertura de *un medicamento que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos pide un reembolso por un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar puede *perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otra profesional que recete nos informa que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos darle una respuesta rápida.**
- Si usted solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que recete), decidiremos si es necesaria una respuesta rápida debido a su salud.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Si decidimos que su problema de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta para informárselo (y para ello usaremos los plazos estándar).
- Esta carta le informará que si su médico u otro profesional que receta solicita una decisión rápida de cobertura, lo haremos automáticamente.
- La carta también le informará que puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de ofrecerle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que usted solicitó. Le informa cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es distinto del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

### **Paso 2: Evaluamos su solicitud y le damos una respuesta.**

#### *Plazos para una decisión “rápida” de cobertura*

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en **un plazo de 24 horas**.
  - Generalmente, esto quiere decir que lo haremos en un plazo de 24 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir el informe de su médico para respaldar su solicitud. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o el informe del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo. También le indicaremos cómo apelar.

#### *Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca de un medicamento que aún no ha recibido*

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas**.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Generalmente, esto quiere decir que lo haremos en un plazo de 24 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir el informe de su médico para respaldar su solicitud. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.
- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindarle en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o el informe del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo. También le indicaremos cómo apelar.

### *Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca del pago de un medicamento que ya compró*

- Debemos darle una respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizar el pago dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito sobre nuestras razones para hacerlo. También le indicaremos cómo apelar.

### **Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) la decisión que hemos tomado.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### Sección 7.5 Instrucciones detalladas: Presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

#### Términos legales

Una apelación presentada al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una “redeterminación” del plan.

**Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación de nivel 1.** Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

#### *Qué debe hacer*

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que recete) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para saber cómo contactarnos por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela mediante una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2.
- **Si solicita una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1** (Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D).
- **Debemos aceptar toda solicitud escrita**, incluso una enviada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS que se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si usted no cumple con el plazo y tiene una buena razón para ello, podemos darle un poco más de tiempo para presentar la apelación. Ejemplos de buenas causas para no cumplir con los plazos pueden ser que usted haya tenido una enfermedad grave que impidió que se comunicara con nosotros o que nosotros le hayamos proporcionado información incompleta o incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
  - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que recete pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

*Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”*

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que recete deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son iguales a los de una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

### **Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando nuestro plan se encarga de revisar su apelación, volvemos a estudiar detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que recete para obtener más información.

#### *Plazos para una “apelación rápida”*

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación. Le daremos una respuesta más rápidamente si así lo requiere su salud.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindarle dentro de las 72 horas de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito sobre nuestras razones para hacerlo y cómo puede apelar nuestra decisión.



## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### *Plazos para una "apelación estándar"*

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en **un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud requiere que así lo hagamos. Si considera que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".
  - Si no le damos una respuesta dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado brindar tan rápido como lo requiera su salud, pero **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito sobre nuestras razones para hacerlo y cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.**

- Si rechazamos su apelación, usted debe decidir si acepta esta decisión o si continúa y presenta otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### Sección 7.6 Instrucciones detalladas: Cómo se presenta una apelación de nivel 2

La Sección 7.6 no es aplicable a los miembros del plan sin cobertura de Medicare. Consulte el procedimiento de apelación del nivel 2 que se describe en la Sección 12 de este capítulo.

Si rechazamos su apelación, usted debe decidir si acepta esta decisión o si continúa y presenta otra apelación. Si tiene cobertura de Medicare y decide continuar con una apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debería cambiarse.

#### Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones se la denomina “**IRE**” (por sus siglas en inglés).

**Paso 1:** Para presentar una apelación de nivel 2, usted (o su representante o su doctor u otro profesional que recete) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo se presenta una apelación de nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se conoce como su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente más información para respaldar su apelación.

**Paso 2:** La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia de gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le prestamos.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente estudiarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará sus razones.

### *Plazos para la "apelación rápida" de nivel 2*

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta proporcionarle una “apelación rápida”, esta debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en **un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba en forma total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión en **un plazo de 24 horas** después de que recibimos la decisión tomada por la organización de revisión.

### *Plazos para la "apelación estándar" de nivel 2*

- Si tiene una apelación estándar de nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en **un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba en forma total o parcial lo que usted solicitó:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión en **un plazo de 72 horas** después de que recibimos la decisión tomada por la organización de revisión.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibimos la decisión tomada por la organización de revisión.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?**

Si esta organización rechaza su apelación, quiere decir que coincide con nosotros en que no debería aprobarse su solicitud. (Esto se conoce como “confirmar la decisión”. También se conoce como “denegar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión” usted tiene derecho a una apelación de nivel 3. Para continuar y presentar otra apelación de nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará del valor en dólares que debe estar en controversia para continuar con el proceso de apelaciones.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 3: Si se cumple el valor monetario requerido de la cobertura que solicita, usted decide si desea continuar con su apelación.**

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su apelación de nivel 2 es denegada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, la información de cómo proseguir se encuentra en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de un tribunal administrativo se ocupa de la apelación de nivel 3. La Sección 10 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 8      Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de su internación si cree que el médico le está dando el alta muy pronto**

---

**La Sección 8 no es aplicable a los miembros del plan sin cobertura de Medicare. Consulte el procedimiento de apelación que se describe en las Secciones 6 y 12 de este capítulo.**

Cuando usted se interna en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de atención hospitalaria, incluidas las limitaciones a esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*

Durante su internación, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para que esté preparado para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que puede necesitar después del alta.

- El día que usted abandona el hospital se conoce como “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le están dando el alta muy pronto, puede solicitar una extensión de su internación, y su solicitud será evaluada. Esta sección brinda información sobre cómo solicitarlo.

<b>Sección 8.1</b>	<b>Durante su internación, si usted tiene la cobertura de Medicare, recibirá un aviso por escrito de Medicare para informarle sobre sus derechos</b>
--------------------	--

Durante su internación, usted recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

este aviso cuando ingresan en un hospital. Alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero) es quien debe entregárselo dentro de los dos días después de su admisión. Si no recibe el aviso, pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:
  - Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación, según lo solicitado por su médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
  - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su internación y saber quién la pagará.
  - Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad de la atención hospitalaria.
  - Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

### Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le informa cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal formal de solicitar una prórroga en su fecha de alta para que nuestro plan cubra su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Usted debe firmar el aviso para indicar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
  - Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (La Sección 5 de este capítulo brinda información sobre cómo puede proporcionar autorización por escrito para que otra persona actúe como su representante).
  - El hecho de firmar el aviso *solo* indica que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Al firmar el aviso, usted **no indica** que está de acuerdo con la fecha de alta.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

3. **Conserve su copia** del aviso firmado para disponer fácilmente de la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si fuera necesario.
  - Si usted firma el aviso con más de dos días de anticipación a su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que programen su alta.
  - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al cliente (los números telefónicos se encuentran en la contratapa de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También la puede ver en Internet en: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

<b>Sección 8.2</b>	<b>Instrucciones detalladas: Presentar una apelación de nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital</b>
--------------------	--

Si desea que nuestro plan cubra sus servicios de internación durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe saber lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con el procedimiento.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.**

**Una “apelación rápida” también se denomina “revisión inmediata”.**

*¿Qué es una Organización para la mejora de la calidad?*

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye controlar las fechas de alta del hospital de las personas con Medicare.

### *¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

### *Actúe rápidamente:*

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de dejar el hospital y **no después de su fecha de alta planificada**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que se ha establecido para que usted abandone el hospital).
  - Si usted cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar* mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad acerca de su apelación, usted puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información sobre esta forma diferente de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

### *Solicite una “revisión rápida”:*

- Usted debe solicitar a la Organización para la mejora de la calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que solicita que la organización use los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

## **Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

### **Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

#### *¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores”, para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también estudiarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.



## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Hacia el mediodía del día siguiente en que los revisores notificaron a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito con la fecha programada de alta y detalles de los motivos por los cuales el médico, el hospital y nuestro plan creemos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta en esa fecha.

### Términos legales

Esta explicación por escrito se conoce como “**Aviso detallado de alta**”. Si desea obtener una copia de este aviso, llame a Atención al cliente (los números telefónicos se encuentran en la contratapa de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios con problemas auditivos –TTY– deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un modelo del aviso en Internet, en:  
<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

**Paso 3: La Organización para la mejora de la calidad le dará una respuesta acerca de su apelación en el plazo de un día completo después de haber recopilado toda la información necesaria.**

#### *¿Qué sucede si la respuesta es positiva?*

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos continuar proporcionando los servicios cubiertos de internación durante todo el tiempo que estos servicios sean necesarios por razones médicas.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si resultaran aplicables). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos de internación. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

#### *¿Qué sucede si la respuesta es negativa?*

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, eso significa que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios de internación finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para la mejora de la calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente en que la Organización para la mejora de la calidad responde a su apelación.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, usted pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.3</b>	<b>Instrucciones detalladas: Cómo se presenta una apelación de nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital</b>
--------------------	---

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su internación después de su fecha programada de alta.

Estos son los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

### **Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y le solicita que realice otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión en **un plazo de 60 días calendario** contados a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha de finalización de su cobertura de atención médica.

### **Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad estudiarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

### **Paso 3: Dentro de un plazo de 14 días calendario de recibida su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.**

#### *Si la organización de revisión aprueba la apelación:*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir cubriendo su atención de internación el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### *Si la organización de revisión rechaza la apelación:*

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a su apelación de nivel 1 y no la modificarán.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le explicará cómo continuar con el próximo nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

### **Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al nivel 3.**

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, usted elige si desea aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.4</b>	<b>¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?</b>
--------------------	--

### **Usted puede presentar una apelación a nuestro plan**

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad a fin de iniciar su primera apelación sobre el alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de abandonar el hospital y no después de su fecha de alta programada). Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

### **Instrucciones detalladas: Presentar una apelación *alternativa* de nivel 1**

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan, y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

<b>Términos legales</b>
Una "revisión rápida" (o “apelación rápida”) también se conoce como “ <b>apelación acelerada</b> ”.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

- Para saber cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide una respuesta de acuerdo con los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

### **Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de su fecha de alta planificada y verificamos si era médicamente adecuada.**

- Durante esta revisión, estudiamos toda la información sobre su internación. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Verificamos si la decisión sobre la fecha en la que debía abandonar el hospital era justa y si se cumplieron todas las reglas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándar para darle la respuesta de esta revisión.

### **Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si aprobamos su apelación rápida**, esto significa que estamos de acuerdo con usted en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y seguiremos cubriendo sus servicios de internación mientras sea necesario por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, eso significa que consideramos que la fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios de internación finaliza a partir del día en que anunciamos el fin de la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

### **Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.**

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”.** Esto significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### Instrucciones detalladas: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debería cambiarse.

#### Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones se la denomina “**IRE**” (por sus siglas en inglés).

#### **Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.**

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

#### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia de gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente estudiarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde su fecha de alta planificada. También debemos seguir cubriendo sus servicios de internación mientras sea necesario por razones médicas. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, podrían ser respecto al monto que le reembolsáramos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** esto significa que coincide con nosotros en que su fecha de alta del hospital planificada era médicamente adecuada.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le informará cómo continuar con una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

### **Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.**

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si acepta la decisión o pasa al nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 9      Cómo solicitarnos la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos de Medicare si cree que su cobertura va a finalizar muy pronto.**

---

<b>Sección 9.1</b>	<b><i>Esta sección trata sobre tres servicios únicamente: Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF).</i></b>
--------------------	---

**La Sección 9 no es aplicable a los miembros del plan sin cobertura de Medicare. Consulte los procedimientos que se describen en las Secciones 6 y 12 de este capítulo.**

Esta sección describe *únicamente* los siguientes tipos de atención:

- Los **servicios de atención médica domiciliaria** que recibe.
- La **atención de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para que una instalación sea considerada “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).
- La **atención de rehabilitación** ambulatoria que recibe en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) aprobado por Medicare. Estos casos suelen referirse al tratamiento que usted recibe por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Para conocer más sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos,

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

incluso su participación en los costos y las limitaciones que pueden aplicarse a la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Cuando decidimos que es momento de suspender la cobertura de cualquiera de estos tres tipos de atención médica, debemos informárselo con anticipación. Cuando finaliza su cobertura para esa atención médica, *dejaremos de pagar el costo de su atención.*

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica muy pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección explica cómo presentar una apelación.

### Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica, recibirá un aviso.
  - En el aviso por escrito se le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
  - El aviso también informa lo que puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizará su atención médica y que continúe cubriéndola por un tiempo más.

#### Términos legales

Al indicarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa que puede solicitar una **“apelación rápida”**. Solicitar una apelación rápida es un medio legal formal para pedirnos que cambiemos nuestra decisión de cobertura acerca de la fecha de finalización de su atención. (La Sección 9.3 explica cómo puede solicitar una apelación rápida).

Este aviso por escrito se conoce como **“Aviso de suspensión de cobertura de Medicare”**. Si desea obtener una copia de este aviso, llame a Servicios al cliente (los números telefónicos se encuentran en la contratapa de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una copia en Internet, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices>.

2. **Usted debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (La Sección 5 explica cómo puede proporcionar una autorización por escrito para que otra persona actúe como su representante).
- El hecho de firmar el aviso *solo* indica que usted recibió la información sobre cuándo se suspenderá su cobertura. **Firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es momento de que se suspenda su atención médica.

<b>Sección 9.3</b>	<b>Instrucciones detalladas: Presentar una apelación del nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo</b>
--------------------	--

Si desea solicitarnos que cubramos su atención médica por más tiempo, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe saber lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con el procedimiento.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con ciertos plazos. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo explica cómo presentar una queja).
- Solicite ayuda si la necesita. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.**

**Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.**

### *¿Qué es una Organización para la mejora de la calidad?*

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros especialistas de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no pertenecen a nuestro plan. Verifican la calidad de la atención médica que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de suspender la cobertura de ciertos tipos de atención médica.



## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### *¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

### *¿Qué debe solicitar?*

- Solicítele a esta organización una apelación rápida (para realizar una revisión independiente) para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios médicos.

### *Su plazo para comunicarse con esta organización.*

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día siguiente en que recibe el aviso por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención médica.*
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad acerca de su apelación, usted puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información sobre esta forma diferente de presentar su apelación, consulte la Sección 9,5.

## **Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

### *¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores”, para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también estudiará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha brindado.
- Al finalizar el día, los revisores nos informarán sobre su apelación, y le enviaremos un aviso por escrito para explicar nuestras razones para poner fin a la cobertura de sus servicios.

<b>Términos legales</b>
Este aviso explicativo se conoce como “ <b>Explicación detallada de suspensión de cobertura</b> ”.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

**Paso 3:** En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

### *¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?*

- Si los revisores *aceptan* su apelación, debemos **seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si resultaran aplicables). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este manual).

### *¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?*

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos informado**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención médica en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que termina su cobertura, **tendrá que pagar usted el costo total** de esta atención.

**Paso 4:** Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta corresponde al “nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención médica una vez finalizada la cobertura de la atención, usted puede presentar otra apelación.
- Si presenta otra apelación, usted pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

<b>Sección 9.4</b>	<b>Instrucciones detalladas: Presentar una apelación del nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo</b>
--------------------	--

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y usted decide seguir recibiendo atención médica una vez finalizada la cobertura de la atención, usted puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar la decisión que tomaron sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención del servicio de enfermería especializada o servicios del centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y le solicita que realice otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión en **un plazo de 60 días** contados a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si continuó recibiendo atención médica luego de la fecha de finalización de su cobertura de atención médica.

### **Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad estudiarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

### **Paso 3: Dentro de los 14 días de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.**

#### *¿Qué sucede si la organización de revisión aprueba su apelación?*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le comunicamos la finalización su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** su atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

#### *¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?*

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le explicará cómo continuar con el próximo nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

### **Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea seguir apelando.**

- Existen otros tres niveles de apelación después del nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted elige si desea aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### Sección 9.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

#### Usted puede presentar una apelación a nuestro plan

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

#### Instrucciones detalladas: Presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar una apelación a nuestro plan, y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para una apelación alternativa de Nivel 1:

#### Términos legales

Una "revisión rápida" (o “apelación rápida”) también se conoce como “**apelación acelerada**”.

#### **Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

- Para saber cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros si desea presentar una apelación acerca de su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide una respuesta de acuerdo con los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

#### **Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de su fecha de alta planificada y verificamos si era médicamente adecuada.**

- Durante esta revisión, estudiamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándar para darle la respuesta acerca de esta revisión.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si aprobamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios durante más tiempo y seguiremos proporcionando cobertura de sus servicios mientras sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si usted continuó recibiendo servicios médicos domiciliarios, atención del centro de enfermería especializada o servicios del centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que comunicamos la finalización de su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

### **Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.**

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Esto significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

### **Instrucciones detalladas: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2**

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debería cambiarse.

<b>Términos legales</b>
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ <b>Entidad de Revisión Independiente</b> ”. En ocasiones se la denomina “ <b>IRE</b> ” (por sus siglas en inglés).

### **Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.**

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo brinda información sobre cómo presentar una queja).

### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que es contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia de gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente estudiarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le comunicamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención mientras sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, podrían ser respecto al monto que le reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que la organización coincide con la decisión tomada por el plan sobre su primera apelación y no la modificará.
  - El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le informará cómo continuar con una apelación de nivel 3.

### **Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.**

- Existen otros tres niveles de apelación después del nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted elige si desea aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo brinda información más detallada sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 10      Cómo presentar su apelación de Medicare al Nivel 3 y a los niveles superiores****Sección 10.1      Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de atención médica de Medicare**

Esta sección puede resultarle pertinente si usted tiene la cobertura de Medicare, si ha presentado una apelación de nivel 1 y de nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

**La Sección 10 no es aplicable a los miembros del plan sin cobertura de Medicare. Pase a la Sección 12 de este capítulo.**

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares alcanza el límite establecido, la respuesta por escrito que recibe por su apelación de nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué hacer para presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones de apelación, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan prácticamente de la misma forma. Estos son los encargados de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de nivel 3:** Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se conoce como “juez de un tribunal administrativo”.

- **Si el juez del tribunal administrativo aprueba su apelación, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión para pasar al nivel 4. A diferencia de una decisión de nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 3 que resulte favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar o proporcionar el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con todos los documentos anexos. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 para autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez del tribunal administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez del tribunal administrativo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará qué hacer a continuación si decide seguir apelando.

**Apelación de nivel 4:** El Consejo de Apelaciones revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión para pasar al nivel 5. A diferencia de una decisión de nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 4 que resulte favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar esta decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede finalizar o no.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las reglas permiten que usted pase al nivel 5 de apelaciones. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir apelando.

**Apelación de nivel 5:** Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones administrativas.

**Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede resultarle pertinente si usted tiene la cobertura de Medicare, si ha presentado una apelación de nivel 1 y de nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted apeló cumple con un valor monetario determinado, es posible que pueda recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, no puede volver a apelar. La respuesta por escrito que usted reciba a su apelación de nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para una apelación de nivel 3.



## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

Para la mayoría de las situaciones de apelación, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan prácticamente de la misma forma. Estos son los encargados de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de nivel 3:** Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se conoce como “juez de un tribunal administrativo”.

- **Si la respuesta es afirmativa, finaliza el proceso de apelaciones.** Lo que ha solicitado en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez del tribunal administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago antes de transcurridos los 30 días calendario** después de que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez del tribunal administrativo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará qué hacer a continuación si decide seguir apelando.

**Apelación de nivel 4:** El Consejo de Apelaciones revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, finaliza el proceso de apelaciones.** Lo que ha solicitado en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo de Apelaciones **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago antes de transcurridos los 30 días calendario** después de que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba le informará si las reglas permiten que usted pase al nivel 5 de apelación. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir apelando.

**Apelación de nivel 5:** Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.


**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

---

**SECCIÓN 11      Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

---

 Si su problema se trata de decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no está dirigida a usted*. En su lugar, debe usar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

<b>Sección 11.1      ¿Qué tipos de problemas se resuelven mediante el proceso de quejas?</b>
--

En esta sección, se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se resuelven mediante el proceso de quejas.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

**Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.**

Queja	Ejemplo
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que ha recibido (incluso la atención médica en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto de su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien ha sido grosero con usted o le faltó el respeto?</li> <li>• ¿No está conforme con la manera en que lo ha tratado nuestro personal de Servicios al cliente?</li> <li>• ¿Siente que lo están alentando a dejar el plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene problemas para concertar una cita o tiene que esperar mucho para obtenerla?</li> <li>• ¿Lo han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O el personal de Servicios al cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, cuando adquiere un medicamento o en el consultorio médico.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio del médico?</li> </ul>
<b>Información que recibe de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que no le hemos entregado un aviso que tenemos la obligación de entregar?</li> <li>• ¿Cree que la información impresa que le hemos proporcionado es difícil de comprender?</li> </ul>

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<p><b>Puntualidad</b> (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones en lo que refiere a las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>El proceso de cómo solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si desea solicitar una decisión o presentar una apelación, debe recurrir a ese proceso, no al proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si nos solicitó una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le informamos que no lo haremos, puede presentar una queja.</li> <li>• Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando se ha revisado una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos medicamentos o servicios médicos, debemos cumplir con los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo, debemos remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.</li> </ul>

### Sección 11.2

**El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar un agravio"**

#### Términos legales

- Lo que en esta sección se llama “**queja**” también se conoce como “**agravio**”.
- Otro término para “**presentar de una queja**” es “**presentar un agravio**”.
- Otra forma de decir “**utilizar el proceso de quejas**” es “**utilizar el proceso de agravios**”.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 11.3 Instrucciones detalladas: Cómo presentar una queja****Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios al cliente.** Si debe hacer algo más, Servicios al cliente se lo informará. Llame a Servicios al cliente al 1-855-670-5934 (Línea para usuarios de TTY: 1-855-670-5936). (Del 1 de octubre hasta el 14 de febrero, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no está conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Usted puede presentar un agravio en cualquier momento. Puede hacerlo llamando a Servicios al cliente al 1-855-670-5934 (Usuarios de TTY: 1-855-670-5936). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil. También puede presentar un agravio por escrito y enviarlo por correo a: Tufts Health Plan Senior Care Options, Atn.: Appeals & Grievances Department, 705 Mt. Auburn Street, Watertown, MA 02472. También puede enviarla por escrito mediante fax al: 1-(617) 972-9516.

- *Acusaremos recibo de su agravio cuando lo recibamos.*
- Además, tiene derecho a presentar un agravio acelerado que puede incluir una queja donde exprese que Tufts Health Plan Senior Care Options se negó a acelerar una determinación o reconsideración de la organización, o invocó una extensión a una determinación de la organización o los plazos de reconsideración. El plazo de Tufts Health Plan Senior Care Options para responder a su queja es dentro de las 24 horas de haberla presentado.
- **Ya sea por teléfono o por escrito, debe comunicarse con Servicios al cliente de inmediato.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que tuvo el problema por el que desea quejarse.
- **Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente recibirá una “queja rápida”.** En el caso de una “queja rápida”, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

**Términos legales**

Lo que en esta sección se denomina “**queja rápida**” también se conoce como “**agravio acelerado**”.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 2: Investigamos su queja y le damos una respuesta.**

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos brindarle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápido, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su propio beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (un total de 44 días calendario) para responder su queja. Si decidimos demorarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja en forma total o parcial, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se está quejando, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos de tal decisión. Debemos responder, estemos o no de acuerdo con la queja.

<b>Sección 11.4</b>	<b>Si usted tiene la cobertura de Medicare, también puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad</b>
---------------------	---

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió a nuestro plan utilizando el proceso detallado que se explicó anteriormente.

Cuando su queja es acerca de la *calidad de la atención*, tiene también otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
  - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros especialistas en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para comprobar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare.
  - Para buscar el nombre, domicilio y número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad correspondiente a su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su queja.
- **También puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica al plan y a la Organización para la mejora de la calidad.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 11.5 Si tiene la cobertura de Medicare, también puede informarle a Medicare sobre su queja**

Usted puede presentar una queja sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no se ocupa de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

**Sección 11.6 También puede informar a MassHealth (Medicaid) sobre su queja**

Usted puede presentar una queja sobre Tufts Health Plan Senior Care Options, en cualquier momento, directamente a MassHealth (Medicaid). Puede hacerlo llamando al Centro de Servicios al cliente de MassHealth Standard (Medicaid) al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

**Sección 11.7 Quejas sobre la paridad de la salud mental**

Las leyes federal y estatal exigen que todas las organizaciones de atención administrada, como Tufts Health Plan Senior Care Options, proporcionen servicios de salud conductual a los miembros de MassHealth Standard (Medicaid) del mismo modo que ofrecen servicios de salud física. Esto es lo que se denomina “paridad”. En general, esto quiere decir que:

1. Tufts Health Plan Senior Care Options debe proporcionar el mismo nivel de beneficios por cualquier problema de salud mental y abuso de sustancias que usted pueda tener como con otros problemas físicos que pueda tener.
2. Tufts Health Plan Senior Care Options debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamientos similares para los servicios de salud mental y abuso de sustancias, al igual que con los servicios de salud física.
3. A pedido suyo o de su proveedor, Tufts Health Plan Senior Care Options debe informarle sobre los criterios de necesidad médica aplicables para otorgar la autorización previa.
4. Tufts Health Plan Senior Care Options también debe informarle, en un plazo razonable, el motivo por el cual se negó la autorización para recibir servicios de salud mental o abuso de sustancias.

Si considera que Tufts Health Plan Senior Care Options no ofrece la paridad explicada anteriormente, tendrá derecho a presentar un agravio ante Tufts Health Plan Senior Care Options.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Para obtener más información sobre los agravios y cómo presentarlos, consulte la sección sobre cómo presentar una queja descripta anteriormente en este capítulo.

**APELACIONES SOBRE SUS BENEFICIOS DE MASSHEALTH (MEDICAID)****SECCIÓN 12 “Presentación de su apelación sobre los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) al Nivel 2 y a los niveles superiores”****Sección 12.1 Instrucciones detalladas: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2 a MassHealth (Medicaid)**

Si le damos una respuesta negativa a su apelación Nivel 1 sobre un beneficio cubierto por MassHealth Standard (Medicaid) (consulte la Sección 6 de este capítulo), puede solicitar una revisión independiente por parte de la Junta de Audiencias MassHealth (Medicaid). Durante la apelación de nivel 2, la **Junta de audiencias** revisa la decisión que tomamos en su primera apelación. Esta Junta determina si se debería modificar nuestra decisión.

**Paso 1: Para presentar una apelación de nivel 2, usted (o su representante, su doctor u otro profesional que recete) debe comunicarse con la Junta de Audiencias y solicitar una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la Junta de Audiencias. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la Junta de Audiencias.
- Si decide solicitar una apelación externa, deberá presentar su solicitud de audiencia por escrito a la Junta de Audiencias en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de envío del aviso de rechazo de Tufts Health Plan Senior Care Options por correo postal. El Departamento de Apelaciones y Agravios de Tufts Health Plan Senior Care Options podrá brindarle ayuda con este procedimiento. Las solicitudes de audiencia deben enviarse a la siguiente dirección:

Executive Office of Health and Human Services  
Board of Hearings  
Office of Medicaid  
100 Hancock Street, 6<sup>th</sup> floor

Quincy, MA 02171. O fax a 1-617-847-1204

- Cuando presenta una apelación ante el Comité de Audiencias, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se



## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

conoce como su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**

- Usted tiene derecho a brindarle a la Junta de audiencias más información para respaldar su apelación.

### **Derecho a la continuidad de los servicios:**

- Si corresponde, puede optar por continuar recibiendo los servicios de Tufts Health Plan Senior Care Options durante el proceso de apelación estándar o urgente. Si desea continuar recibiendo tales servicios, usted o su representante autorizado deberá presentar una apelación en un plazo de diez (10) días calendario desde la fecha de nuestra carta de apelación Nivel 1 e informar que desea continuar recibiendo estos servicios. Será elegible para recibir estos servicios hasta que retire la apelación o el Comité de Audiencias le dé una respuesta.
- Si el resultado de la revisión externa no fuese favorable, usted será responsable del costo de los servicios prestados.

### **Paso 2: La Junta de Audiencias revisa su apelación presentada ante MassHealth Standard (Medicaid).**

- La Junta de Audiencias fijará una fecha y hora para su audiencia.
- Los revisores de dicha Junta analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Si la Junta de Audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

### **Paso 3: La Junta de audiencias le brinda una respuesta.**

La Junta de audiencias le informará su decisión por escrito y le explicará sus razones.

- **Si la Junta de Audiencias acepta su solicitud en forma total o parcial**, debemos autorizar o brindarle la cobertura de atención médica requerida en un plazo de 72 horas luego de haber sido notificado de la decisión de la Junta de Audiencias o lo antes posible según su estado de salud.
- **Si la Junta de Audiencias rechaza en forma total o parcial su apelación**, esto significa que coincide con nosotros en que no debería aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se conoce como “confirmar la decisión”. También se conoce como “denegar su apelación”).

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**Sección 12.2 Otras apelaciones sobre la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).**

**Si no está conforme con la decisión del Comité de Audiencias, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.**

- Si no está de acuerdo con la decisión de la Junta de Audiencias, podrá recurrir a otros niveles de apelación, incluso una revisión judicial de la decisión conforme las Leyes Generales de Massachusetts.
- Para ello deberá completar otro formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial, que recibirá con la carta de determinación de la apelación y reenviarlo por correo postal o fax a la misma dirección antes mencionada.
- La notificación escrita de la decisión que le envíe la Junta de Audiencias incluirá **las instrucciones sobre cómo presentar una nueva apelación**. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la Junta de Audiencias.

Para solicitar ayuda con cualquiera de las opciones del proceso de apelación, llame a Servicios al cliente al 855-670-5934 (TTY: 855-670-5936). Los representantes estarán disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre hasta el 14 de febrero, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.).

# CAPÍTULO 9

*Cómo finalizar su membresía  
en el plan*

**Capítulo 9. Cómo finalizar su membresía en el plan**

---

**Capítulo 9. Cómo finalizar su membresía en el plan**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>228</b>
Sección 1.1	Este capítulo se centra en cómo poner fin a su membresía en nuestro plan	228
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede usted ponerle fin a su membresía en nuestro plan?.....</b>	<b>228</b>
Sección 2.1	Puede ponerle fin a su membresía en cualquier momento .....	228
Sección 2.2	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?.....	229
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?.....</b>	<b>230</b>
Sección 3.1	Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan .....	230
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .....</b>	<b>231</b>
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan .....	231
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>En determinadas situaciones, Tufts Health Plan Senior Care Options debe poner fin a su membresía en el plan.....</b>	<b>232</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?.....	232
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con su salud .....	233
Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan .....	233

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo se centra en cómo poner fin a su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---

Ponerle fin a su membresía en Tufts Health Plan Senior Care Options puede ser un acto **voluntario** (por propia elección) o **involuntario** (no por propia elección):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
  - Puede ponerle fin a su membresía en el plan cuando quiera. La Sección 2 le explica los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo entrará en vigencia su inscripción en la nueva cobertura.
  - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le explica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- Además, existen unas pocas situaciones en las que usted no elige dejar el plan, sino que nosotros estamos obligados a ponerle fin a su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que nosotros debemos poner fin a su membresía.

Si decide dejar el plan, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

---

## **SECCIÓN 2      ¿Cuándo puede usted ponerle fin a su membresía en nuestro plan?**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Puede ponerle fin a su membresía en cualquier momento</b>
--------------------	--

Puede ponerle fin a su membresía en Tufts Health Plan Senior Care Options en cualquier momento.

- **¿Cuándo puede ponerle fin a su membresía?** La mayoría de las personas que tienen la cobertura de Medicare pueden poner fin a su membresía solo en determinadas épocas del año. Sin embargo, dado que usted recibe asistencia de MassHealth Standard (Medicaid), **podrá finalizar su membresía en Tufts Health Plan Senior Care Options en cualquier momento.**
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede seleccionar cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

**Capítulo 9. Cómo finalizar su membresía en el plan**

---

- Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

**Nota:** Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados “acreditable” durante un período continuo de más de 63 o más días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” hace referencia a la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare).

Póngase en contacto con su oficina de State MassHealth Standard (Medicaid) para conocer las opciones de planes de MassHealth Standard (Medicaid) (los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 6 de este manual).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente después de que hayamos recibido su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en el plan nuevo también comenzará ese mismo día.

**Sección 2.2****¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?**

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y usted 2018*.
  - Todas las personas con Medicare reciben un ejemplar de *Medicare y usted* en el otoño. Los usuarios nuevos de Medicare lo reciben dentro del mes de su fecha de inscripción.
  - También puede descargar un ejemplar desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar un ejemplar impreso llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCIÓN 3      ¿Cómo puede usted finalizar su membresía en nuestro plan?**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Por lo general, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan</b>
--------------------	--

Por lo general, para terminar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero usted no ha seleccionado un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que le den de baja de nuestro plan. Puede solicitar que le den de baja de dos maneras:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).
- -- o -- puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

El cuadro siguiente explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Otro plan de salud de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare en cualquier momento. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Será automáticamente dado de baja de Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience su cobertura del nuevo plan.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare en cualquier momento. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Será automáticamente dado de baja de Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience su cobertura del nuevo plan.</li></ul>

**Capítulo 9. Cómo finalizar su membresía en el plan**

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.</li> <li>○ Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enviarnos una solicitud por escrito para darle de baja.</b> Comuníquese con Servicios al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).</li> <li>• Además, puede comunicarse con <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su membresía. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>• Será dado de baja de Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience su cobertura en Original Medicare.</li> </ul>

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth, póngase en contacto con MassHealth llamando al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. El horario del Centro de inscripción de MassHealth (MEC) es de lunes a viernes, de 8:45 a. m. a 5:00 p. m. Consulte de qué manera la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectarán su cobertura de MassHealth.

---

## **SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan</b>
--------------------	--

Si deja Tufts Health Plan Senior Care Options, es posible que transcurra cierto tiempo hasta que su membresía finalice y su nueva cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para adquirir sus medicamentos recetados hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus



**Capítulo 9. Cómo finalizar su membresía en el plan**

---

medicamentos recetados solo están cubiertos si se adquieren en una farmacia de la red, incluso mediante nuestros servicios de pedidos por correo.

- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, por lo general, la internación estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta luego del comienzo de su nueva cobertura médica).

---

**SECCIÓN 5      En determinadas situaciones, Tufts Health Plan Senior Care Options debe poner fin a su membresía en el plan**

---

<b>Sección 5.1      ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?</b>
--

Tufts Health Plan Senior Care Options **debe finalizar su membresía en el plan ante cualquiera de las siguientes circunstancias:**

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para MassHealth Standard (Medicaid). Como se indicó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que sean elegibles tanto para Medicare como para MassHealth Standard (Medicaid). Si pierde su elegibilidad para los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), Tufts Health Plan Senior Care Options continuará brindándole atención médica siempre que pueda esperarse razonablemente que recuperará la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) en un plazo de un mes. Mantendremos su membresía por el resto del mes en que hayamos sido notificados por MassHealth (Medicaid) sobre su pérdida de elegibilidad, y por un mes calendario más. Si recupera su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) durante ese período, no pondremos fin a su membresía.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios al cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la contratapa de este manual).
- Si es encarcelado (enviado a prisión).
- Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o no revela información sobre otro seguro que tenga con cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para acceder a nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si primero no obtenemos autorización de Medicare).

**Capítulo 9. Cómo finalizar su membresía en el plan**

---

- Si tiene continuamente una conducta perturbadora y nos dificulta proporcionarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si primero no obtenemos autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo si primero no obtenemos autorización de Medicare).
  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si usted debe pagar el monto adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare lo dará de baja de nuestro plan.

**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios al cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este manual).

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No podemos pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con su salud</u></b>
--------------------	---

Tufts Health Plan Senior Care Options no puede pedirle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

**¿Qué debe hacer si esto sucede?**

Si usted cree que le están pidiendo que deje el plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

<b>Sección 5.3</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un agravio o realizar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Puede consultar el Capítulo 8, Sección 11, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

# CAPÍTULO 10

*Avisos legales*

**Capítulo 10. Avisos legales**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Aviso sobre la ley vigente .....</b>	<b>236</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Aviso sobre la no discriminación .....</b>	<b>236</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario.....</b>	<b>236</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Aviso sobre el vínculo entre Tufts Health Plan Senior Care Options y los proveedores .....</b>	<b>236</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Aviso acerca del artículo 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible .....</b>	<b>237</b>

---

## **SECCIÓN 1      Aviso sobre la ley vigente**

---

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura*, y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo requiere la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aun cuando las leyes no se incluyen o explican en este documento. La ley principal que rige este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, otras leyes federales pueden ser aplicables y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive.

---

## **SECCIÓN 2      Aviso sobre la no discriminación**

---

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, nación de origen, color, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el artículo 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible, y cualquier otra ley que se aplique a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y reglamentación que se aplique por cualquier otro motivo.

---

## **SECCIÓN 3      Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario**

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare de los que Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Tufts Health Plan, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría ejerce conforme a las reglamentaciones de CMS en los apartados B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

---

## **SECCIÓN 4      Aviso sobre el vínculo entre Tufts Health Plan Senior Care Options y los proveedores**

---

Tufts Health Plan Senior Care Options ofrece cobertura para servicios de atención médica. Tufts Health Plan Senior Care Options tiene acuerdos contractuales con los proveedores que atienden en centros y consultorios privados en toda el área de servicio. Estos proveedores son independientes. No son empleados o representantes de Tufts Health Plan Senior Care Options. Los proveedores no están autorizados a cambiar esta Evidencia de cobertura o contraer o crear ninguna obligación para Tufts Health Plan Senior Care Options que sea incongruente con esta Evidencia de cobertura.

---

**SECCIÓN 5      Aviso acerca del artículo 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible**

---

Tufts Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nación de origen, edad, discapacidad o género. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nación de origen, edad, discapacidad o género.

Tufts Health Plan:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen correctamente con nosotros, por ejemplo:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas para las personas cuyo idioma nativo no es inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-855-670-5934 (TTY 1-855-670-5936)

Si considera que Tufts Health Plan no le ha brindado esos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por su raza, color, nación de origen, edad, discapacidad o género, usted puede presentar un agravio a:

**Tufts Health Plan, Attention:**

Civil Rights Coordinator Legal Dept.

705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472

Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000, (TTY — 1-800-439-2370 o 711. Español: 866-930-9252)

Fax: 617-972-9048

Email: [OCRCoordinator@tufts-health.com](mailto:OCRCoordinator@tufts-health.com).

Usted puede presentar un agravio en persona, o enviarlo por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un agravio, el Coordinador de derechos civiles de Tufts Health Plan puede ayudarlo.

También puede presentar una queja vinculada a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono, a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW.

Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# CAPÍTULO 11

*Definiciones de palabras importantes*

## **Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

**Agravio:** Un tipo de queja que usted realiza sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de atención. Este tipo de queja no incluye disputas por pagos o cobertura.

**Apelación:** Una apelación es lo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 8 trata sobre las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

**Área de servicio:** Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si este tiene una restricción de membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente se trata del área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan podría darle de baja si usted se muda fuera del área de servicio de forma permanente.

**Asistente de salud a domicilio:** Brinda servicios que no necesitan de las destrezas de un terapeuta o enfermera calificada, tal como la ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

**Atención al Cliente** – Un departamento dentro de nuestro plan que es responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas por agravios y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al cliente.

**Atención de emergencia:** Incluye los siguientes servicios cubiertos: 1) ofrecidos por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar un problema de salud de emergencia.

**Atención de un centro de enfermería especializada (SNF):** Servicios enfermería especializada y de rehabilitación prestados de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un médico o enfermero registrado.

**Autorización previa:** Aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestro Formulario. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro



**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

proveedor de la red obtienen nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en el Formulario.

**Centro de cirugía ambulatoria:** Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya permanencia esperada en el centro no supera las 24 horas.

**Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF):** Centro que brinda fundamentalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona diversos servicios, como terapia física, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** La agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con CMS.

**Cobertura de medicamentos recetados acreditable:** Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que cuentan con este tipo de cobertura generalmente pueden mantenerla sin pagar una multa cuando son elegibles para acceder a Medicare, siempre que decidan inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare):** Seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros ambulatorios no cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare.

**Cuidado extrasanitario:** El cuidado extrasanitario es el cuidado proporcionado en un hogar de adultos mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro de asistencia cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada. El cuidado extrasanitario es atención personal que puede ser proporcionada por personas sin experiencia o capacitación profesional, para ayudarle con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas oftalmológicas. Medicare no paga el cuidado extrasanitario.

**Cuidados paliativos:** Un miembro que tiene 6 o menos meses de vida tiene derecho a elegir cuidados paliativos. Nosotros, como plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si selecciona servicios de cuidados paliativos y continúa pagando sus primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le brindará tratamiento especial para su condición.

**Dar de baja la membresía o desafiliarse:** El proceso por el cual se pone fin a su membresía en nuestro plan. Dar de baja la membresía puede ser un acto voluntario (por propia elección) o involuntario (no por propia elección).

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

**Derivación:** Aprobación de un PCP del miembro para solicitar atención de otro profesional de la salud, por lo general un especialista, para tratamiento o consulta.

**Determinación de cobertura:** Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le informa que la receta no está cubierta por el plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este manual, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 8 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Determinación de la organización:** El plan Medicare Advantage realiza una determinación de la organización cuando esta toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o el monto que usted debe pagar por ellos. En este manual, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 8 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Dispositivos protésicos y ortopédicos:** Son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía, y terapia de nutrición parenteral y enteral.

**Emergencia:** Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted padece síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

**Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) –** Determinado equipo médico que solicita un profesional por motivos de tratamiento. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones antiescaras, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias solicitados por un proveedor para uso domiciliario.

**Etapas de cobertura en situación catastrófica:** La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$5,000 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Etapas de cobertura inicial:** Esta es la etapa antes de que sus gastos totales de medicamentos, incluidas lo que usted ha pagado y lo que nuestro plan ha pagado en su nombre durante el año, hayan alcanzado \$3,750.

**Evidencia de cobertura (EOC) e información sobre divulgación:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada,

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** Tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no se encuentra en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido en el nivel más bajo de participación en los costos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

**Extra Help:** Un programa Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, deducibles y coseguro.

**Farmacia de la red:** Una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solamente* si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explicó en la Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted adquiere en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se cumplan ciertas condiciones.

**Gastos del propio bolsillo:** Consulte la definición de “participación en los costos”. La obligación de participar en los costos que tiene el miembro al pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos “del propio bolsillo” del miembro.

**Indicación médicamente aceptada:** El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o respaldado por cierta bibliografía. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

**Ingreso Complementario del Seguro (SSI):** Beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con bajos recursos e ingresos. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Internación hospitalaria:** Una internación cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante la noche, usted podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.

**Límite de cobertura inicial:** El límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

**Límites de cantidad:** Una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden imponerse a la cantidad de fármaco que cubrimos por medicamento o por un período definido.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

**MassHealth Standard (Medicaid) (o Medical Assistance):** Un programa estatal y federal conjunto que ayuda a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados con sus gastos médicos. Los programas de MassHealth Standard (Medicaid) varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare y MassHealth Standard (Medicaid). Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener más información acerca de cómo comunicarse con MassHealth Standard (Medicaid) en su estado.

**Medicamento necesario:** Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas.

**Medicamento de marca:** Un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con los mismos principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta que se haya vencido la patente del medicamento de marca.

**Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. **Por lo general, un medicamento “genérico” actúa igual que un medicamento de marca y suele costar menos.**

**Medicamentos cubiertos:** Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D:** Medicamentos que pueden estar cubiertos conforme a la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

**Medicare:** El programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare mediante Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

**Médico de atención primaria (PCP):** Es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención médica que necesita para mantenerse sano. Su PCP también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre los médicos de atención primaria.

**Miembro (Miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”):** Una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Monto máximo de bolsillo:** El máximo que usted paga de su propio bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que MassHealth Standard (Medicaid) o un tercero paguen su prima de la Parte B). Los montos que usted paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no se contabilizan para el monto máximo de bolsillo. (Nota: Ya que nuestros miembros también tienen asistencia de MassHealth Standard (Medicaid), muy pocos alcanzan este límite máximo de bolsillo.

**Montos de ajuste mensual relacionados con los ingresos (IRMAA):** Si sus ingresos superan cierto límite, usted pagará un monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos además de su prima del plan. Por ejemplo: las personas con un ingreso superior a \$85,000 y las parejas casadas con un ingreso superior a \$170,000 deben pagar una prima más alta por su Parte B de Medicare (seguro médico) y por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta cantidad adicional se llama monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos. Menos del 5 por ciento de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no paga una prima más alta.

**Multa por inscripción tardía en la Parte D:** Un monto que se agrega a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período ininterrumpido de 63 días o más. Usted paga este monto mayor siempre que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, usted no pagará la multa por inscripción tardía.

Si alguna vez pierde su subsidio por ingresos bajos (“Extra Help”), se le aplicará la multa por inscripción tardía en la Parte D si alguna vez ha estado sin cobertura acreditable de medicamentos durante un período ininterrumpido de 63 días o más.

**Nivel de participación en los costos:** Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los 5 niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alto sea el nivel de participación en los costos, más alto es el costo del medicamento para usted.

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

**Organización para la Mejora de la Calidad (QIO):** Grupo de médicos en ejercicio y otros especialistas en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención médica proporcionada a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o Medicare “Cargo por Servicio”): Original Medicare es un plan ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En el plan Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica *que acepte Medicare*. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

**Parte C: Consulte el “Plan Medicare Advantage (MA)”.**

**Parte D:** El programa voluntario de beneficios para medicamentos recetados de Medicare. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

**Período de beneficios:** La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin recibir atención de internación en un hospital o centro de enfermería especializada. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

**Período de inscripción inicial:** Cuando pasa a ser elegible para Medicare, el período durante el que puede inscribirse en la Parte A y B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después de que cumple 65 años.

**Personas con elegibilidad doble** – Una persona que califica para una cobertura de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).

**Plan de Necesidades Especiales:** Un tipo de plan especial Medicare Advantage que proporciona atención médica más focalizada para grupos de personas específicos, por ejemplo, personas con Medicare y MassHealth Standard (Medicaid), que residen en una residencia para adultos mayores o que tienen ciertas enfermedades crónicas.

**Plan de salud de Medicare:** Se ofrece mediante una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage,

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

Medicare Cost, programas pilotos/de demostración y Programas de atención integral para los adultos mayores (PACE).

**Plan Equivalente Institucional de Necesidades Especiales (SNP):** Un plan institucional de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen en la comunidad, pero requieren un nivel institucional de atención médica según la evaluación del Estado. La evaluación debe ser realizada con la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del Estado y por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales podría limitar la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda asistida (ALF) con contrato, si fuera necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

**Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP):** Un plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen o se prevé que residan durante 90 días consecutivos o más en un centro de cuidados de largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), un SNF/NF, un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR) o un centro de internación psiquiátrica. Un Plan Institucional de Necesidades Especiales que presta servicios a personas con Medicare que residen en centros de LTC debe tener un contrato con (o ser propietario y administrar) el centro o los centros específicos de LTC.

**Plan Medicare Advantage (MA)** – A veces, denominado Parte C de Medicare, se trata de un plan ofrecido por una compañía privada que celebra un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO), un plan Privado de Cargo por Servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren mediante el plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare reúnen los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrece en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (salvo que se apliquen ciertas excepciones).

**Plan Organización de Proveedores Preferidos (PPO):** Es un Plan de Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los miembros del plan por el pago de una cantidad específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores tanto dentro como fuera de la red. Las participaciones en el costo de los miembros generalmente serán más elevadas cuando se reciben los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre sus gastos del propio bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos), y un límite mayor sobre los gastos del propio bolsillo totales combinados por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

**Póliza “Medigap” (Seguro complementario de Medicare):** Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” que tiene Original Medicare. Las pólizas Medigap solamente funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Plan PACE:** Un plan PACE (siglas en inglés de “Programa de atención integral para los adultos mayores”) que combina servicios médicos, sociales y de cuidados a largo plazo para personas frágiles para ayudarlas a seguir siendo independientes y a vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a una residencia para adultos mayores) el mayor tiempo posible, mientras obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

**Prima:** Pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

**Programa de descuentos de Medicare para el Período sin cobertura:** Programa que ofrece descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado el Período sin cobertura y que aún no reciben “Extra Help”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por eso, la mayoría de los medicamentos de marca tienen descuentos, aunque no todos.

**Proveedor de la red:** “Proveedor” es el término general que usamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestros pagos en su totalidad y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con ellos, o si los proveedores acuerdan ofrecerle a usted servicios cubiertos por el plan. También podemos referirnos a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

**Proveedor o centro fuera de la red:** Un proveedor o un centro con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados ni están operados por nuestro plan, no son de nuestra propiedad, ni tienen un contrato para suministrarle servicios cubiertos. La utilización de proveedores o centros fuera de la red se explica en este manual en el Capítulo 3.

**Queja:** El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar un agravio". El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Agravio" en esta lista de definiciones.

**Servicios cubiertos de Medicare:** Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, entre ellos nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.



**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

**Servicios cubiertos:** El término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros médicos que están cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** Estos servicios incluyen terapia física, terapia del lenguaje y del habla y terapia ocupacional.

**Servicios necesarios de urgencia:** Atención proporcionada para tratar una enfermedad, lesión o problema de salud imprevistos pero no de emergencia, que requieren atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles o no se tiene acceso a ellos temporalmente.

Si llegara a perder su subsidio por ingresos bajos ("Ayuda Extra"), debe mantener su cobertura de la Parte D o podría tener que pagar una multa por inscripción tardía si alguna vez eligiera inscribirse en la Parte D en el futuro.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** Consulte "Extra Help".

**Tarifa de despacho:** Una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir el medicamento. La tarifa de despacho cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento.

**Tasa diaria de participación los costos:** Puede aplicarse una "tasa diaria de participación en los costos" cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, y usted deba pagar un copago. La tasa diaria de participación en los costos es el copago dividido por el número de días de un suministro para un mes. Por ejemplo: Si su copago para un suministro de un mes es \$30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su tasa diaria de participación en los costos es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por cada día de suministro cuando adquiere su medicamento.

**Terapia escalonada:** Una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le pudo haber recetado inicialmente.

## **Anexo 1. Servicios de interpretación en múltiples idiomas**

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

### **Árabe:**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-701-9000-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-208-9562).

**Chino:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-701-9000 (TTY : 1-800-208-9562)。

**Farsi:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما **توجه:** 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562) با تماس بگیرید. فراهم می باشد.

**Francés:** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (ATS : 1-800-208-9562).

**Alemán:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

**Griego:** ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

**Guyaratí:** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

**Creole haitiano:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

**Italiano:** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

**Japonés:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562) まで、お電話にてご連絡ください。

**Jemer (Camboyano):** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562)។

**Coreano:**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562)번으로 전화해 주십시오.

**Laosiano:** ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

**Navajo:**

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562.)

**Polaco:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

**Portugués:** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

**Ruso:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-701-9000 (телетайп: 1-800-208-9562).

**Español:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

**Tagalo:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

**Vietnamita:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-701-9000 (TTY: 1-800-208-9562).

## Servicios al cliente de Tufts Health Plan Senior Care Options

Método	Servicios al cliente – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre hasta el 14 de febrero, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p> <p>Servicio al cliente también tiene servicio de intérpretes gratuito para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-670-5936</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p. m. (Los representantes estarán disponibles del 1 de octubre hasta el 14 de febrero). Después del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante lo llamará el siguiente día hábil.</p>
<b>FAX</b>	<p>1-617-972-9487</p>
<b>CORREO POSTAL</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options Attn: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://thpmp.org/sco">thpmp.org/sco</a></p>

### **SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro de salud para todos) (Massachusetts SHIP)**

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

<b>Método</b>	<b>Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-243-4636 (1-800-AGE-INFO)
<b>TTY</b>	1-800-872-0166  Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo para personas con dificultades para escuchar o hablar.
<b>CORREO POSTAL</b>	Llame al número que aparece más arriba para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/elders/healthcare/shine/serving-the-health-information-needs-of-elders.html">www.mass.gov/elders/healthcare/shine/serving-the-health-information-needs-of-elders.html</a>

**Declaración de divulgación de la Ley de simplificación de trámites administrativos (PRA, por sus siglas en inglés):** De acuerdo con la Ley de simplificación de trámites administrativos de 1995, las personas no están obligadas a responder recopilaciones de información, salvo que esta cuente con un número de control válido de la Oficina de administración y presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, envíelo por escrito a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn.: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.