Evidencia de Cobertura

Su cobertura de beneficios y servicios de salud y medicamentos recetados de Medicare como miembro de:

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO SNP)

Este folleto le ofrece información detallada sobre su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos recetados de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de cuidado de la salud y los medicamentos recetados que necesite. Es un documento legal muy importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, Tufts Health Plan Senior Care Options, es ofrecido por Tufts Health Plan. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* diga "nosotros", "nos", "nuestro(a)" o "nuestros(as)", quiere decir Tufts Health Plan. Cuando diga "plan" o "nuestro plan", se refiere a Tufts Health Plan Senior Care Options).

Este documento está disponible gratis en español.

Comuníquese con Relaciones con el Cliente por el número de teléfono 1-855-670-5934 para solicitar información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

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

El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.

Los beneficios, las primas, el deducible, los copagos o el coaseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2022.



Evidencia de Cobertura 2021 <u>Contenido</u>

temas al comienzo de cada capítulo.	
información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. Encontrará una lista detallada de	
Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Si necesita más ayuda para encontrar	la

temas al cor	nienzo de cada capítulo.
Capítulo 1	. Introducción para el miembro4
	Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Habla 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.
Capítulo 2.	. Números de teléfono y recursos importantes18
	Explica cómo comunicarse con nuestro plan (Tufts Health Plan Senior Care Options) y con otras organizaciones como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, MassHealth Standard (Medicaid) (el programa de seguro de salud estatal para personas con bajos ingresos), la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios y programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados.
Capítulo 3	. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos37
	Se explica información importante que debe saber sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.
Capítulo 4	. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)
	Se ofrece información detallada sobre los tipos de atención médica que tiene cubiertos y los que no como miembro de nuestro plan.
Capítulo 5	. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de Part D117
	Explica las reglas que debe seguir cuando obtenga medicamentos de Part D. Se explica cómo usar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para ver qué medicamentos están cubiertos. Indica los tipos de medicamentos que <i>no</i> están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Explica los programas del plan sobre seguridad de medicamentos y cómo administrar los medicamentos.
Capítulo 6	. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos142
	Se explica cuándo y dónde enviarnos una factura cuando nos quiere solicitar el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 7. S	Sus derechos y deberes150
	Se explican los derechos y deberes que tiene como miembro de nuestro plan. Se explica lo que puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.
-	Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)162
	Se indica paso a paso lo que tiene que hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.
	 Se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones si tiene problemas para obtener servicios médicos o medicamentos recetados que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos excepciones a las reglas o restricciones adicionales a su cobertura por medicamentos recetados, y solicitarnos mantener la cobertura de atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura se está terminando muy pronto.
	 Se explica cómo hacer reclamos sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes.
Capítulo 9. F	Fin de su membresía en el plan227
	Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones donde nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.
Capítulo 10.	Notificaciones legales239
	Incluye notificaciones sobre las leyes vigentes y sobre no discriminación.
Capítulo 11.	Definiciones de palabras importantes244
	Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Introducción para el miembro

Capítulo 1. Introducción para el miembro

SECCIÓN 1	Introducción	5
Sección 1.1	Usted está inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options, que es un	
	plan Medicare Advantage (Plan para Necesidades Especiales)	5
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto de Evidencia de Cobertura?	6
Sección 1.3	Información legal sobre la Evidencia de Cobertura	6
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	7
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	7
Sección 2.2	¿Qué son Medicare Part A y Part B?	8
Sección 2.3	¿Qué es MassHealth Standard (Medicaid)?	
Sección 2.4	Área de servicio de Tufts Health Plan Senior Care Options	
Sección 2.5	Ciudadano estadounidense o con presencia legal	9
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?	9
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para recibir la atención y los medicamentos recetados cubiertos	9
Sección 3.2	Directorio de proveedores y farmacias: su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan	10
Sección 3.3	Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan	11
Sección 3.4	Explicación de Beneficios de Part D ("EOB de Part D"): informes con un resumen de los pagos hechos por los medicamentos recetados de Part D	12
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Tufts Health Plan Senior Care Options	12
Sección 4.1	¿De cuánto es la prima de su plan?	12
Sección 4.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado el registro de la membresía del plan	13
Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tenemos su información precisa	13
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	15
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	15
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	15
Sección 7.1	¿Cuál plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	15

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

Usted ha elegido recibir su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos recetados de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) a través de nuestro plan, Tufts Health Plan Senior Care Options.

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

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

Tufts Health Plan Senior Care Options es administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Necesidades Especiales de Medicare tiene la aprobación de Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa MassHealth Standard (Medicaid) para coordinar sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). Tenemos el agrado de proveerle cobertura de atención médica de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid), lo que incluye cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura de este plan reúne los requisitos de una cobertura médica calificada (QHC por sus siglas en inglés) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y de la Ley de Asistencia Asequible (ACA por sus siglas en inglés). Consulte

el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

En este folleto de *Evidencia de Cobertura* se indica cómo recibir su atención médica de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid), servicios de cuidados a largo plazo o servicios domiciliarios y comunitarios, así como medicamentos recetados que tienen cobertura a través de nuestro plan. En este folleto se explican sus derechos y deberes, lo que está cubierto y lo que paga como miembro del plan.

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes, o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Es parte de nuestro contrato con usted

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

El contrato está en vigor durante los meses en los que está inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario Medicare nos permite hacer cambios en el plan que ofrecemos. Esto quiere decir que podemos cambiar los costos y los beneficios del Tufts Health Plan Senior Care Options después del 31 de diciembre de 2021. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio distinta después del 31 de diciembre de 2021. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

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

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- tenga Medicare Part A y Part B (en la Sección 2.2 se informa sobre Medicare Part A y Part B); y
- viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.4 a continuación se describe nuestra área de servicio); y
- sea ciudadano estadounidense o tenga residencia legal en los Estados Unidos; y
- cumpla los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

- tener más de 65 años;
- estar inscrito en MassHealth Standard (Medicaid);
- vivir en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.4 a continuación se describe nuestra área de servicio);
- no tener ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare; y
- vivir en su casa o en un centro de atención de largo plazo (el miembro no puede ser un paciente hospitalizado en un hospital de atención crónica ni de rehabilitación ni vivir en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales).

Es posible que también reúna los requisitos si es elegible para el programa Frail Elder Waiver (FEW). Para obtener más información sobre el programa FEW, comuníquese con los Puntos de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP por sus siglas en inglés) por el número de teléfono 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) TTY: 1-800-872-0166.

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

Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Part A y Part B?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre los servicios que están cubiertos por Medicare Part A y Part B. Recuerde:

- Por lo general, Medicare Part A permite cubrir servicios provistos por hospitales (para servicios como paciente hospitalizado, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- Medicare Part B es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico, terapia de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [DME por sus siglas en inglés] y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es MassHealth Standard (Medicaid)?

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

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

- Beneficiario Calificado de Medicare (QMB por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de Medicare Part A y Part B y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos) (algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios totales MassHealth Standard [Medicaid] [QMB+]).
- Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de Part B. (algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios totales MassHealth Standard [Medicaid] [SLMB+]).

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

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Massachusetts:

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

Si tiene planificado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare disponible en la nueva ubicación.

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

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o con presencia legal

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

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para recibir la atención y los medicamentos recetados cubiertos

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



IN AN EMERGENCY: If your life is in danger, call 911 or go to the nearest emergency room.

Customer Service: 1-855-670-5934 (TTY: 711)
Provider Services: 1-800-279-9022
DentaQuest: 1-888-309-6508

Send Medical Claims to: Tufts Health Plan Senior Care Options, P.O. Box 9183, Watertown, MA 02471-9183

Send Pharmacy Claims to: CVS Caremark, Medicare Part D Claims Processing, P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066

Send Dental Claims to: DentaQuest, Tufts Health Plan Senior Care Options, 12121 N. Corporate Parkway, Mequon, WI 53092

Website: www.thpmp.org/sco

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de membresía de Tufts Health Plan Senior Care Options, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

Por esto es tan importante: Si recibe servicios cubiertos cuando usa la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en vez de usar la tarjeta de membresía de Tufts Health Plan Senior Care Options mientras es miembro del plan, es posible que usted deba pagar el costo total por su cuenta.

Si la tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban llame a Relaciones con el Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

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

El *Directorio de proveedores y farmacias* indica los proveedores, las farmacias y los distribuidores de equipos médicos duraderos de nuestra red. Todos los proveedores del *Directorio de proveedores y farmacias* aceptan tanto Medicare como Medicaid.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, distribuidores de equipos médicos duraderos, hospitales, centros de salud diurna para adultos, centros de cuidado a largo plazo, proveedores de servicios domiciliarios y comunitarios y otros centros de cuidado de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.thpmp.org/sco.

¿Por qué necesita saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con escasas excepciones, mientras es miembro de nuestro plan debe usar los proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando 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 ("Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos") para obtener información más específica sobre cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área de cobertura.

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.thpmp.org/sco. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para conocer información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el** *Directorio de proveedores y farmacias* **2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede pedir una en Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Puede pedir más información de los proveedores de nuestra red a Relaciones con el Cliente, como sus calificaciones. Además, puede revisar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.thpmp.org/sco o descargarlo de este sitio web. Tanto Relaciones con el Cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre cambios en proveedores o farmacias de nuestra red.

Sección 3.3 Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos "Lista de medicamentos" para fines prácticos. Indica los medicamentos recetados de Part D que están cubiertos por el beneficio de Part D en Tufts Health Plan Senior Care Options. Además de los medicamentos cubiertos por Part D, algunos medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). En la Lista de medicamentos de venta libre (OTC por sus siglas en inglés) se explica cuáles medicamentos están cubiertos a través de MassHealth Standard (Medicaid).

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

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

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada de los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.thpmp.org/sco) o llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 3.4 Explicación de Beneficios de Part D ("EOB de Part D"): informes con un resumen de los pagos hechos por los medicamentos recetados de Part D

Cuando use los beneficios para medicamentos recetados de Part D, le enviaremos un informe resumido para que comprenda y lleve un registro de los pagos de los medicamentos recetados de Part D. Este informe resumido se llama *Explicación de Beneficios de Part D* (o "EOB [por sus siglas en inglés] de Part D").

En la *Explicación de Beneficios de Part D* se indica la cantidad total que usted u otras personas en su nombre han gastado en los medicamentos recetados de Part D y la cantidad total que hemos pagado por sus medicamentos recetados de Part D durante el mes. La EOB de Part D provee más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su prescriptor sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 5, Sección 11, se ofrece más información sobre la *Explicación de Beneficios* y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de la cobertura de medicamentos.

También puede recibir un resumen de la *Explicación de Beneficios de Part D* previa solicitud. Llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para recibir una copia.

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

Sección 4.1 ¿De cuánto es la prima de su plan?

Tome en cuenta lo siguiente: En esta Sección 4, todo lo que se refiere a "primas" y "cambios en la prima" es para las primas de Medicare. Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, sus primas de Medicare son pagadas por MassHealth Standard (Medicaid) y no cambiarán.

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

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

reúne los requisitos para eso automáticamente) y la prima de Part B. Si MassHealth Standard (Medicaid) no está pagando sus primas de Medicare, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo que presentó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad estándar por la prima y una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA por sus siglas en inglés). La IRMAA es un cargo adicional de su prima.

- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no el plan de Medicare, le enviará una carta en la que se indique cuál será la cantidad adicional. Si tuvo un acontecimiento que cambia la vida que hizo que sus ingresos disminuyeran, puede solicitarle al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- Si se le exige pagar la cantidad adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan.
- Puede visitar el sitio web <u>www.medicare.gov</u> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y usted 2021* ofrece información sobre estas primas en la sección llamada "2021 Medicare Costs" (Costos de Medicare para 2021). Todas las personas afiliadas a Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Quienes son nuevos en Medicare lo recibirán un mes después de la inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No tenemos autorización para comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de la membresía del plan

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tenemos su información precisa

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

Los médicos, los hospitales, las farmacias y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué**

servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costo compartido que le corresponden. Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en alguna otra cobertura de seguros de salud que tenga (como del empleador, del empleador de su cónyuge, compensación del trabajador o MassHealth Standard [Medicaid]).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes automovilísticos.
- Si lo han ingresado a una casa de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de atención o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si alguna de esta información cambia, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para informarnos. Los miembros con una cuenta personal en línea pueden actualizar cierta información en nuestro sitio web. Para obtener información detallada sobre cómo crear una cuenta personal segura, llame a Relaciones con el Cliente o ingrese a www.thpmp.org/registration.

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

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

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

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

Lea la información que le enviamos sobre alguna otra cobertura de seguro que tenga

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

Medicare exige que recopilemos información sobre usted y sobre otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar otras coberturas que tenga con los

beneficios de nuestro plan (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 en la que se indiquen las otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si la información es correcta, usted no tiene que hacer nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no se indica, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

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

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte el Capítulo 7, Sección 1.5, de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Es posible que esta sección no corresponda a su caso porque la inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options está restringida para miembros que no tienen ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si tiene otro seguro de salud integral, es posible que no sea elegible para inscribirse o permanecer inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options.

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

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de uno de los miembros de su familia, el pagador principal estará sujeto a su edad, a la cantidad de personas empleadas por

el empleador y a si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD por sus siglas en inglés):

- Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad y usted o un miembro de su familia aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o es, al menos, un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o es, al menos, un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque tiene una ESRD, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de ser elegible para Medicare.

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

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

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

Si tiene otro seguro, infórmeselo al médico, al hospital y a la farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita ayuda para actualizar la información de otros seguros, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro a sus otras compañías de seguros (después de que haya confirmado su identidad) para que las facturas se paguen a tiempo y de forma correcta.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Tufts Health Plan Senior Care Options (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo hacerlo con Relaciones con el Cliente en el plan)	19
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	26
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	28
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para personas con Medicare)	29
SECCIÓN 5	Seguro Social	30
SECCIÓN 6	MassHealth (Medicaid) (programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)	31
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	33
SECCIÓN 8	¿Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios?	34
SECCIÓN 9	Puede recibir ayuda de agencias para personas mayores	35

SECCIÓN 1 Contactos de Tufts Health Plan Senior Care Options (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo hacerlo con Relaciones con el Cliente en el plan)

Cómo comunicarse con Relaciones con el Cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamaciones o facturación o para hacer preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Relaciones con el Cliente de Tufts Health Plan Senior Care Options. Tendremos el agrado de ayudarlo.

Método	Relaciones con el Cliente: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
	Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9487
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

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

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

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9487
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica

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

Método	Apelaciones sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
	Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Appeals & Grievances P.O. Box 9193 Watertown, MA 02471-9193
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

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

Puede hacer un reclamo sobre nosotros o alguno de los proveedores de nuestra red, como un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago (si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe revisar la sección anterior para saber

cómo hacer una apelación). Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8, ("Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)").

Método	Reclamos sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
	Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Appeals & Grievances P.O. Box 9193 Watertown, MA 02471-9193
MEDICARE SITIO WEB	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos según el beneficio de Part D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura

sobre sus medicamentos recetados de Part D, consulte el Capítulo 8 ("Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)").

Método	Decisiones de cobertura de los medicamentos recetados de Part D: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
	Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-673-0956
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre sus medicamentos recetados de Part 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 hacer una apelación sobre sus

medicamentos recetados de Part D, consulte el Capítulo 8 ("Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)").

Método	Apelaciones relativas a los medicamentos recetados de Part D: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. En caso de apelaciones urgentes de Part D durante fines de semana y días festivos, llame a Relaciones con el Cliente y siga las instrucciones. El especialista de turno de Apelaciones y Quejas devolverá su llamada en un plazo de 24 horas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Appeals & Grievances P.O. Box 9193 Watertown, MA 02471-9193
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo un reclamo sobre sus medicamentos recetados de Part D

Puede hacer un reclamo sobre nosotros o algunas de las farmacias de nuestra red, como un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago (si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe revisar la sección anterior para saber cómo hacer una apelación). Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo sobre sus

medicamentos recetados de Part D, consulte el Capítulo 8 ("Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)").

Método	Reclamos relativos a los medicamentos recetados de Part D: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options A la atención de: Appeals & Grievances P.O. Box 9193 Watertown, MA 02471-9193
MEDICARE SITIO WEB	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud en la que nos solicite pagar el costo de atención médica o de un medicamento que ha recibido.

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

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934 Las llamadas a este número son gratis.
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-1028
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options P.O. Box 9183 Watertown, MA 02471-9183
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis.
	24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Las llamadas a este número son gratis.
	Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
SITIO WEB	www.medicare.gov/
	Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le da información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. También cuenta con información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.
	El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas:
	 Herramienta de elegibilidad para Medicare: provee información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.
	 Buscador de planes de Medicare: provee información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y políticas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proveen un cálculo aproximado de lo que podrían ser sus desembolsos en diferentes planes de Medicare.
	También puede usar el sitio web para informar a Medicare de cualquier reclamo que tenga con respecto a Tufts Health Plan Senior Care Options:
	Informe a Medicare de su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx . Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.
l I i a	si no tiene computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores de su ocalidad pueden ayudarlo a visitar este sitio web con su computadora. O bien puede lamar a Medicare e indicar qué información está buscando. Allí encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán (puede llamar a Medicare la 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] 24 horas al día, 7 días a la semana. Los isuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, por sus siglas en inglés que corresponden a Atender las Necesidades de Seguros de Salud de Todos (Serving the Health Insurance Needs of Everyone).

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

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

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

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para personas con Medicare)

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

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

Debería comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Usted cree que la cobertura de su hospitalización va a terminar demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de su atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF por sus siglas en inglés) están terminando demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-888-319-8452 De lunes a viernes: 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y festivos: 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Hay servicio de correo de voz disponible 24 horas al día. Hay servicios de traducción disponibles para beneficiarios y cuidadores que no hablan inglés.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

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

SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid) (programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)

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

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

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

- Beneficiario Calificado de Medicare (QMB por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de Medicare Part A y Part B y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos) (algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios totales MassHealth Standard [Medicaid] [QMB+]).
- Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de Part B. (algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios totales MassHealth Standard [Medicaid] [SLMB+]).

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

Método	MassHealth (programa Medicaid de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-800-841-2900 Horario de atención: autoservicio disponible 24 horas al día en inglés y en español. Otros servicios disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Servicios de intérprete disponibles. El horario de atención del Centro de Inscripción de MassHealth (MEC por sus siglas en inglés) es de lunes a viernes, de 8:45 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-497-4648 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.

ESCRIBA A	MassHealth Enrollment Center P.O. Box 290794 Charlestown, MA 02129-0214
SITIO WEB	www.mass.gov/topics/masshealth

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

Método	MassOptions: información de contacto
LLAME AL	1-844-422-6277 Horario de atención: 9 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711
SITIO WEB	www.massoptions.org

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

Método	My Ombudsman: información de contacto
LLAME AL	1-855-781-9898 Disponible de 9:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes.
ТТУ	711
ESCRIBA A	My Ombudsman 11 Dartmouth Street Suite 301 Malden, MA 02148 Correo electrónico: info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

El *programa de defensor de derechos de cuidados a largo plazo* (LTC por sus siglas en inglés) ayuda a que las personas reciban información sobre casas de reposo y a solucionar problemas entre las casas de reposo y los residentes o sus familias.

Método	Puente hacia atención de calidad, el defensor de derechos de cuidados a largo plazo de Massachusetts: información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	711
ESCRIBA A	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5 th Floor Boston, MA 02109
SITIO WEB	www.mass.gov/service-details/ombudsman-programs

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

Programa "Extra Help" de Medicare

Debido a que es elegible para MassHealth Standard (Medicaid), usted recibe y califica para "Extra Help" de Medicare para pagar los costos del plan de sus medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para recibir "Extra Help".

Si tiene preguntas sobre "Extra Help", llame a:

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

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

- Comuníquese con nuestro Departamento de Relaciones con el Cliente si necesita ayuda para obtener o proporcionar la mejor evidencia disponible. El número de teléfono está en la contratapa de este folleto.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta en la farmacia. Si usted pagó en exceso el copago, lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó en exceso o lo compensaremos en futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y consigna su copago como una deuda de parte de usted, podemos hacerle el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacerle el pago directamente al estado. Comuníquese con Relaciones con el Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

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

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les notifique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. el miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, donde habrá información grabada 24 horas al día, incluso fines de semana y festivos.
TTY	1-312-751-4701 Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 Puede recibir ayuda de agencias para personas mayores

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

- Puntos de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP): son puntos de acceso únicos a
 todos los servicios y beneficios disponibles para personas mayores en Massachusetts. Estas
 agencias proveen información, solicitudes, servicios directos y referidos.
- Comités o Centros de Personas Mayores: los Comités de Personas Mayores (COA por sus siglas en inglés) son organizaciones de voluntarios locales que ofrecen información y servicios directos para personas mayores y sus cuidadores y otras personas con asuntos relacionados con el proceso de envejecimiento. Los COA forman parte del gobierno local y trabajan con otras agencias para personas mayores y departamentos de la ciudad o municipio para ofrecer programas sociales, recreativos, de salud, protección y educación para personas mayores en sus comunidades.
- 800AgeInfo: 800-AGE-INFO es un sitio web y un número de teléfono donde personas mayores y
 sus familias pueden obtener información sobre programas y servicios dirigidos a ellos en
 Massachusetts. Es un proyecto conjunto de la Executive Office of Elder Affairs de Massachusetts
 y Mass Home Care Association.

Para obtener información sobre cualquiera de estas agencias, comuníquese con la línea AgeInfo de la Executive Office of Elder Affairs de Massachusetts al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) (TTY 711) o visite su sitio web en www.massoptions.org.

CAPÍTULO 3

Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre la obtención de cobertura de su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	39
Sección 1.1	¿Qué significa "proveedores de la red" y "servicios cubiertos"?	39
Sección 1.2	Reglas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	39
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios	41
Sección 2.1	Debe escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) para que le provea atención médica y lo supervise	41
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP?	43
Sección 2.3	¿Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red?	43
Sección 2.4	¿Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red?	45
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre	46
Sección 3.1	Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica	46
Sección 3.2	Cómo recibir atención si tiene una necesidad urgente de servicios	47
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre	48
SECCIÓN 4	¿Qué pasa si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	48
Sección 4.1	Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos	48
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?	
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un "estudio de investigación clínica"?	49
Sección 5.1	¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?	49
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa de cuidado de la salud" no médica	51
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidado de la salud no médica?	51
Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa de cuidados de la salud no médica	

SECCIÓN 7	Reglas de propiedad de un equipo médico duradero	52
Sección 7.1	¿Usted será dueño del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?	52
SECCIÓN 8	Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno	53
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	53
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	53
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?	53

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

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

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

Sección 1.1 ¿Qué significa "proveedores de la red" y "servicios cubiertos"?

A continuación encontrará algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo recibirá la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

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

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

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

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

- La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios del plan (este cuadro lo encontrará en el Capítulo 4 de este folleto).
- La atención que reciba sea considerada médicamente necesaria. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.
- Usted tenga un proveedor primario de cuidados médicos (PCP por sus siglas en inglés) de la red que proporcione y supervise su atención. Como miembro de nuestro plan, debe seleccionar un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe autorizarlo antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle un "referido". Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren referidos de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. Hay también algunos tipos de atención que puede recibir sin tener la autorización anticipada de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- Debe recibir atención de parte de un proveedor de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no tendrá cobertura. Hay tres excepciones:
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significa atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare o MassHealth Standard (Medicaid) exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveerla, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red si su PCP lo ha referido. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Para recibir información sobre cómo recibir una autorización para que lo atienda un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

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

¿Qué es un "PCP" y qué hace el PCP por usted?

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

¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?

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

¿Cómo recibe atención de su PCP?

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

A veces es posible que necesite hablar con su Médico de Atención Primaria (PCP) o recibir atención médica cuando el consultorio del PCP está cerrado. Si tiene una situación que no es una emergencia y necesita hablar con su PCP después del horario de atención, puede llamar al consultorio de su PCP en cualquier momento y habrá un médico de turno que lo podrá ayudar. Los miembros con problemas de audición o del habla con máquinas TTY pueden llamar a Massachusetts Relay Association al TTY 1-800-439-2370 para que los ayuden a comunicarse con el PCP/PCT fuera del horario de atención. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla (el número que no es TTY de Massachusetts Relay Association es el 1-800-439-0183).

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

"Coordinar" sus servicios comprende conversar con usted y con otros proveedores del plan con respecto a su atención. Estos otros proveedores del plan, como un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC por sus siglas en inglés), enfermera practicante, enfermera registrada o asistente médico, pueden trabajar con usted y el PCP para formar el Equipo de Atención Primaria (PCT) encargado de coordinar su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, el PCP, después de confirmar la situación con usted y su PCT, puede referirlo a un especialista del plan. El PCP podría tener ciertos

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

especialistas del plan que pueden proveerle la mejor atención. El especialista del plan puede ser alguien que trabaja con su PCP y su PCT de manera regular y puede coordinar su atención sin problemas y en forma oportuna (por supuesto, en caso de una emergencia, si necesita atención de urgencia o se encuentra fuera del área de servicio, no necesita un referido para buscar servicios médicos). Asimismo, su referido puede tener limitaciones de tiempo. En algunos casos, el PCP necesitará obtener nuestra aprobación previa.

Si necesita un centro de enfermería especializada, cuidados a largo plazo o servicios domiciliarios y comunitarios, su PCT lo dirigirá a un subgrupo de los centros en nuestra red de Tufts Health Plan SCO que pueden coordinar mejor su atención y satisfacer sus necesidades individuales. Usted trabajará con su PCT para seleccionar un centro de las opciones identificadas. Esto significa que, en la mayoría de los casos, no tendrá acceso total a los centros de la red para estos servicios.

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

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

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

¿Cómo escoge su PCP?

Cuando va a decidirse por un PCP, puede consultar nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Una vez que haya tomado una decisión, debe llamar a Relaciones con el Cliente (vea el número en la contratapa de este folleto). Un representante de Relaciones con el Cliente verificará que el PCP que usted ha elegido esté en la red. Si está haciendo un cambio, este comenzará a regir el primer día del mes siguiente, y automáticamente recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro en la dirección de correo postal donde se reflejará este cambio. Si lo deben ingresar a un hospital en particular, revise el *Directorio de proveedores y farmacias* o hable con un representante de Relaciones con el Cliente para asegurarse de que el PCP que haya elegido use ese hospital.

Cómo cambiar el PCP

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

Para cambiar de PCP, llame a Relaciones con el Cliente. También comprobarán que el PCP al que usted se quiere cambiar esté en la red y acepte nuevos pacientes. Si el PCP está en la red y acepta nuevos pacientes, usted podrá fijar una cita con él a partir del primer día del mes siguiente. Relaciones con el

Cliente cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le enviará una nueva tarjeta de membresía que muestra el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. Le sugerimos que fije una cita con su nuevo PCP y haga las gestiones correspondientes para que le transfieran sus registros a dicho PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP?

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

- Cuidado de la salud de rutina para mujeres, lo que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando las coloque un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los
 proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles, por ejemplo, cuando
 usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está
 fuera del área de servicio del plan. (si es posible, sírvase llamar a Relaciones con el Cliente antes
 de salir del área de servicio, de manera que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de
 mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están
 impresos en la contratapa de este folleto).
- Atención dental de rutina provista por un dentista de la red.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare siempre y cuando los preste un proveedor de la red.

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

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica por una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

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

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

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

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

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

Para obtener información sobre qué servicios necesitan autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios que aparece en el Capítulo 4. También puede llamar a Relaciones con el Cliente al número que figura en la contratapa de este folleto para conocer una lista de servicios que necesitan que su PCP u otro proveedor de la red obtengan la autorización previa del plan. Consulte su Formulario de Tufts Health Plan Senior Care Options para conocer qué medicamentos necesitan autorización previa.

¿Qué es un referido?

Un referido es la aprobación del PCP para recibir atención de otro profesional de cuidado de la salud, normalmente un especialista, para tratamiento o consulta. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, el PCP debe darle autorización anticipada (como referirlo a un especialista). El PCP podría tener ciertos especialistas del plan que pueden proveerle la mejor atención. Si el PCP lo refiere a un especialista, podría enviarlo con uno con quien trabaje en forma regular para garantizar que la atención médica esté coordinada en la forma más eficaz posible. No necesita referidos para situaciones de emergencia o de atención de urgencia, diálisis renal fuera del área u otros servicios.

En algunos casos, el PCP también necesitará obtener la autorización previa (aprobación previa) además de darle un referido. Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios que aparece en el Capítulo 4. Los servicios que necesitan un referido están marcados dentro del Cuadro de beneficios que aparece en el Capítulo 4. Puesto que el PCP proveerá y coordinará su atención médica, debería enviar toda su historia clínica al consultorio del PCP.

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

Podemos hacer modificaciones de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de motivos por los cuales el proveedor con el que se atiende podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja el plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

 Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Haremos un esfuerzo de buena fe por darle una notificación con, al menos, 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar otro.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros colaboraremos 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 se está administrando de manera correcta, tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención.

Relaciones con el Cliente puede ayudarlo si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar y seleccionar otro proveedor (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

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

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

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

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

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

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

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. *No* necesita conseguir primero una aprobación o ser referido por su PCP.
- Lo antes posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia. Tenemos que realizar un seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debería llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Comuníquese con Relaciones con el Cliente al 1-855-670-5934. (TTY 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede recibir atención médica de emergencia con cobertura siempre que la necesite en cualquier lugar del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la Sala de Emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios que está en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando la atención de emergencia para ayudar a gestionar y dar seguimiento a su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuando su estado de salud sea estable y cuando haya terminado la atención de emergencia.

Después de que haya terminado la emergencia, usted tendrá derecho a una atención de seguimiento para asegurar que su situación siga siendo estable. La atención de seguimiento tendrá cobertura de nuestro plan.

Si la atención de emergencia la brindan proveedores fuera de la red, trataremos de gestionar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto su afección y las circunstancias lo permitan.

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

¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

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

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

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

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

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" son enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son de emergencia que requieren una atención médica inmediata. Proveedores de la red o fuera de la red pueden prestar los servicios de urgencia, si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles. La afección imprevista podría, por ejemplo, ser un brote de una afección conocida que ya tiene.

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

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

Si cree que usted experimenta una situación médica urgente, imprevista y que no es una emergencia, comuníquese con su PCP inmediatamente. Si no puede hacerlo o es poco práctico que usted reciba atención con su PCP o un proveedor de la red, puede ir a cualquier proveedor o clínica que provea atención de urgencia, o bien puede llamar al 911 para que lo ayuden inmediatamente.

¿Qué pasa si está <u>fuera</u> del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

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

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

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

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

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

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

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos

Si ha pagado servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 ("Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos") para obtener más información sobre qué 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 médicamente necesarios, que figuran en el Cuadro de beneficios del plan (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o se obtienen fuera de la red y no estaban autorizados.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

En el Capítulo 8 ("Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)") hay más información sobre qué hay que hacer si recibió una decisión nuestra de cobertura o desea apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de que ha agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se ha alcanzado el límite de beneficios no se aplicará a la cantidad máxima de desembolsos. Puede llamar a Relaciones con el Cliente cuando desee saber cuánto ha usado de su límite de beneficios.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también denominado "ensayo clínico") es una forma en la que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, el funcionamiento de un nuevo medicamento contra el cáncer. Solicitan voluntarios para que los ayuden con el estudio y probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos comprobar si un nuevo método funciona o si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Medicare primero debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare no ha aprobado, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita que nosotros ni su PCP lo autoricemos. Los proveedores que lo atienden como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no tenga que recibir el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, sí tiene que informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.

Si contempla participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para informarnos que participará en un ensayo clínico y para obtener información detallada sobre lo que pagará su plan.

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

Una vez que se incorpore a un estudio de investigación clínica, tiene cobertura de los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, entre los que se incluyen los siguientes:

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

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

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted tendrá que enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, tendrá que enviarnos una copia de su Notificación resumida de Medicare o de otros documentos que muestren qué servicios recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio pruebe, a menos que Medicare cubra el producto o servicio incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le da a usted o a cualquier participante gratis.
- Los artículos o servicios que se le proveen solo para reunir datos y que no se usan en su cuidado de la salud directo. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas (TC) mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección normalmente requeriría solo una TC.

¿Quiere obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y estudios de investigación clínica)* en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa de cuidado de la salud no médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, entonces proveeremos cobertura de atención en una institución religiosa de cuidado de la salud no médica. Puede elegir procurar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se provee solo para servicios como paciente hospitalizado de Part A (servicios de cuidado de la salud no médicos). Medicare solo pagará servicios de cuidado de la salud no médicos provistos por instituciones religiosas de cuidados de la salud no médicas.

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

Para recibir atención de una institución religiosa de cuidados de la salud no médica, usted debe firmar un documento legal que diga que usted se opone por temas de conciencia a recibir tratamiento médico "no obligatorio".

- La atención o el tratamiento médico "no obligatorio" es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no sea exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Una atención médica o tratamiento "obligatorio" es cualquier atención médica o tratamiento que *no* es voluntario o que *es exigido* por cualquier ley federal, estatal o local.

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

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proveen en un centro, rigen las siguientes condiciones:

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- debe tener una afección que permita que reciba servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada; y
- debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan antes de que sea ingresado al centro o su estadía no será cubierta.

Los límites de cobertura de Medicare se aplican según lo descrito en el Capítulo 4 "Atención para pacientes hospitalizados".

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero

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

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será dueño de ciertos elementos, por ejemplo, prótesis. En esta sección, analizaremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueños del equipo después de hacer copagos por dicho equipo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, usted, generalmente, no adquiere la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras es miembro de nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proveer.

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

Si no adquirió la propiedad del equipo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Original Medicare para poder ser dueño del artículo. Los pagos que hizo mientras estaba en nuestro plan no se incluyen en estos 13 pagos consecutivos.

Si hizo menos de 13 pagos por el DME con Original Medicare *antes* de formar parte de nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se incluyen en los 13 pasos consecutivos. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Original Medicare para poder ser dueño del artículo. No hay excepciones en este caso cuando usted vuelve a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

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

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

Si abandona Tufts Health Plan Senior Care Options o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, debe devolverlo al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito por 36 meses en Tufts Health Plan Senior Care Options.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó alquileres por equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Tufts Health Plan Senior Care Options, se inscribe en Tufts Health Plan Senior Care Options durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total para la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si hizo pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1	Explicación de los servicios cubiertos	56
Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos	56
Sección 1.2	¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Part A y Part B?	
SECCIÓN 2	Use el Cuadro de beneficios para obtener información sobre lo que está cubierto	57
Sección 2.1	Sus beneficios por atención médica a largo plazo y por servicios domiciliarios y comunitarios como miembro del plan	57
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Tufts Health Plan Senio Care Options?	
Sección 3.1	Servicios no cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options	110
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	110
Sección 4.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	110

Cobertura adicional relacionada con la emergencia de salud pública (PHE) de la COVID-19:

Los beneficios descritos en este Capítulo 4 no incluyen cobertura adicional relacionada con la pandemia de la COVID-19. Tufts Health Plan Senior Care Options ha implementado varios cambios en los beneficios para ayudar a los miembros durante la emergencia de salud pública (PHE por sus siglas en inglés). Estos incluyen los cambios requeridos por el estado de acuerdo con el programa MassHealth (Medicaid). Tufts Health Plan Senior Care Options volverá a evaluar su cobertura relacionada con la COVID y puede extenderla o expandirla según sea necesario si la PHE continúa durante el año de beneficios 2021, sujeto a los requisitos reglamentarios y a aprobación.

Para obtener más información sobre la cobertura adicional ofrecida por Tufts Health Plan Senior Care Options durante la PHE de la COVID-19, llame a Relaciones con el Cliente o visite nuestro sitio web en www.thpmp.org.

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. Puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos más adelante en este capítulo. También se explican los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

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

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

Tome en cuenta lo siguiente: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de MassHealth Standard (Medicaid,) muy pocos miembros alcanzan esta cantidad máxima de desembolsos. Usted no es responsable de pagar ningún desembolso para el monto del desembolso máximo por servicios cubiertos de Part A y Part B.

Debido a que está inscrito en el Plan Medicare Advantage, hay un límite de cuánto debe pagar en desembolsos cada año por servicios médicos dentro de la red que no están cubiertos por Medicare Part A ni Part B (consulte el Cuadro de beneficios en la Sección 2 a continuación). Este límite se llama monto del desembolso máximo por servicios médicos.

Tome en cuenta lo siguiente: Es posible que la siguiente sección no corresponda a su caso. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene desembolsos para los servicios cubiertos.

Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, lo máximo que deberá pagar por desembolsos por los servicios de Part A y Part B en 2021 será de \$3,450. Las cantidades que paga por deducibles, copagos y coaseguro por servicios cubiertos se incluyen en este monto del desembolso máximo (las cantidades que paga por las primas del plan y por los medicamentos recetados de Part D no se incluyen en su monto del desembolso máximo). Si alcanza el monto del desembolso máximo de \$3,450, no tendrá que pagar más desembolsos por el resto del año para servicios cubiertos de Part A y Part B. Sin embargo, debe continuar con el pago de las primas de Medicare Part B (a menos que MassHealth Standard [Medicaid] u otro tercero paguen por la prima de Part B).

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

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

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

- Sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) deben ofrecerse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no tendrá cobertura. En el Capítulo 3 se provee más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) de la red que proporciona y
 supervisa su atención. En la mayoría de los casos, el PCP debe proporcionar la aprobación por
 adelantado antes de que usted pueda ser atendido por otros proveedores en la red del plan. Esto se
 llama darle un "referido". En el Capítulo 3 se provee más información sobre cómo obtener un
 referido y las situaciones en las que no lo necesita.
- Algunos de los servicios que se indican en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (en ocasiones, se denomina "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre su cuidados de la
 salud y medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos para los servicios de
 Medicare, como los costos de estadía como paciente hospitalizado, citas en el consultorio y
 servicios de paciente externo. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como
 servicios domiciliarios y comunitarios, cuidados a largo plazo y transporte de ida y vuelta a citas
 médicas.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2021*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- En ocasiones, Medicare agrega cobertura de Original Medicare para servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura por cualquier servicio durante 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos 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 los costos compartidos.
- Si usted se encuentra dentro del período de un mes de elegibilidad continua atribuida, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Durante ese período, seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el plan estatal de Medicaid y pagaremos las primas o costos compartidos de Medicare que, de lo contrario, tendría que pagar el estado. Las cantidades de costos compartidos de Medicare por los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

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



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

Cuadro de beneficios

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

^{*} Se requiere autorización previa para servicios de acupuntura a partir de 20 visitas.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Consulte la página 64 en Salud Conductual: servicios para pacientes externos para obtener información adicional sobre los beneficios de la acupuntura. Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	superen la cobertura de Medicare, así como por el tratamiento de otros tipos de dolor y como un anestésico.
Salud diaria del adulto*	
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.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	
Servicios de Acogida Temporal para Adultos (AFC)	
Los Servicios de Acogida Temporal para Adultos (AFC por sus siglas en inglés) son servicios para miembros que necesitan ayuda diaria con el cuidado personal, pero que desean vivir en un entorno familiar y no en una casa de reposo o en otro centro similar. Los miembros que tienen el beneficio de AFC viven con cuidadores capacitados y pagados que brindan cuidados diarios. Los cuidadores pueden ser personas solas, parejas o familias más grandes. El cuidador brinda cuidados personales, ayuda para cumplir con los medicamentos, comidas, servicios domésticos, lavandería, transporte médico, compañía y supervisión 24 horas al día.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	

^{*} Puede ser necesaria una autorización previa antes de recibir este servicio.

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen transporte de Usted paga \$0 por servicios ala fija, de ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre al cubiertos. centro más cercano que pueda proveer la atención adecuada, solo si llevan a un miembro cuya afección es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza. El transporte en ambulancia que no es de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner el peligro la salud de la persona y que dicho transporte en ambulancia es médicamente necesario.* Para obtener más información sobre los servicios de transporte que no son de emergencia y que están cubiertos por nuestro plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid), consulte la sección de Transporte que aparece más adelante en este cuadro. Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Examen médico anual Usted paga \$0 por servicios El examen médico anual es un examen más a fondo que la consulta cubiertos. anual de bienestar. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas; y una revisión de hospitalizaciones recientes. Con cobertura una vez cada año calendario. 🍑 Consulta anual de bienestar No debe pagar coaseguro, Si ha tenido la Part B por más de 12 meses, puede optar a la consulta copago ni deducible por la anual de bienestar para crear o actualizar un plan de prevención consulta anual de bienestar. personalizado según su salud y los factores de riesgo actuales. Este examen está cubierto una vez cada 12 meses.

^{*}Es posible que se necesite autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Tome en cuenta lo siguiente: La primera consulta anual de bienestar puede concretarse en un plazo de 12 meses después de la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita una consulta "Bienvenido a Medicare" para tener la cobertura para la consulta anual de bienestar después de que ha tenido Part B por 12 meses.	
Medición de la masa ósea	
Para personas que cumplen los requisitos (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, así como una interpretación médica de los resultados.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Exámenes de detección del cáncer de seno (mamografías)	
 Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Una mamografía de detección cada 12 meses. Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección ni por exámenes clínicos de los senos que tienen cobertura.
Salud conductual: servicios alternativos*	
Servicios de salud conductual que se proveen como alternativas a los servicios como paciente hospitalizado, entre ellos los siguientes:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos
Apoyo de la comunidad.	
Estabilización de crisis.	
 Camas para pacientes en observación o espera. 	
 Tratamiento psiquiátrico diurno. 	
 Servicios de Tratamiento Agudo (ATS por sus siglas en inglés) para trastornos por consumo de sustancias. 	
 Servicios de Asistencia Clínica (CSS por sus siglas en inglés) para trastornos por consumo de sustancias. 	
 Servicios de hospitalización parcial. 	

^{*}Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir ciertos servicios.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Programa Estructurado de Adicciones para Pacientes Externos (SOAP por sus siglas en inglés). 	
 Programas Intensivos para Pacientes Externos (IOP por sus siglas en inglés). 	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Salud conductual: servicios de emergencia	
Servicios médicamente necesarios que están disponibles siete días a la semana, 24 horas al día para brindar tratamiento a cualquier miembro que tenga un problema de salud mental o de consumo de sustancias, o ambos, entre ellos los siguientes:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos
Servicios de evaluación de emergencia.	
 Servicios de administración de medicamentos. 	
 Orientación a corto plazo en caso de crisis. 	
 Servicios de corto plazo para la estabilización de crisis. 	
Servicios especializados.*	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	
Salud conductual: servicios como paciente hospitalizado*	
Servicios ofrecidos 24 horas al día que proveen intervención médica para diagnósticos de salud mental o consumo de sustancias, o ambos, entre ellos los siguientes:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos
 Servicios de salud mental como paciente hospitalizado. 	
 Servicios para pacientes hospitalizados con trastorno por consumo de sustancias (Nivel IV). 	
Para obtener información adicional sobre los beneficios, consulte en la página 80 "Atención para pacientes hospitalizados" y en la página 87	

^{*}Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir ciertos servicios.

Los ser	vicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
"Progra	ma de tratamiento con opioides".	
	neficio está cubierto por el plan mediante el l re y MassHealth (Medicaid).	beneficio de
Salud	onductual: servicios para pacientes extern	108
propore externo consun en un h	os de salud mental y de trastornos por consunionados en persona en un entorno de atención como un centro de salud mental o clínica par o de sustancias, departamento de atención de ospital, centro comunitario de salud o consultarios incluyen, entre otros, los siguientes:	n de paciente cubiertos ra trastornos por e paciente externo Antes de que reciba estos
•	Servicios para pacientes externos estándar.	
	 Consulta familiar. 	
	o Consulta de casos.	
	o Evaluación de diagnóstico.	
	 Terapia dialéctico-conductual (DBT po inglés). 	or sus siglas en
	 Consulta psiquiátrica en una unidad mé pacientes hospitalizados. 	édica para
	o Visita de control farmacológico.	
	 Terapia de parejas o familias, terapias g individuales. 	grupales o
	o Visita puente: paciente hospitalizado-pa	aciente externo.
	o Tratamiento con acupuntura.	
	o Terapia de reemplazo de opioides.	
	o Desintoxicación para pacientes externo	s.
	o Evaluación psicológica.	
•	Orientación para la recuperación.	
•	Asesores de Apoyo para la Recuperación (Fen inglés).	RSN por sus siglas

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Consulte la página 89 en "Atención de salud mental de pacientes externos" para obtener información adicional sobre los beneficios.	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Salud conductual: Programa de Servicios de Emergencia (ESP)	
Servicios proporcionados mediante los Programas de Servicios de Emergencia (ESP por sus siglas en inglés) y que están disponibles siete días a la semana y 24 horas al día para proveer tratamiento a todo miembro que esté experimentando una crisis de salud mental. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Reunión del ESP.	
 Evaluación. 	
 Intervención. 	
 Estabilización. 	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	
Salud conductual: procedimientos especiales	
Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Terapia electroconvulsiva.	Antes de recibir los
 Evaluación neuropsicológica y psicológica. 	servicios del Examen Neuropsicológico
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Psicológico, debe obtener un referido de su PCP con anterioridad.
Servicios de rehabilitación cardíaca	
Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones y tengan una orden médica. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el Cubrimos una consulta por año con el médico de atención primaria para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para consulta, el médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), revisar la presión arterial y darle consejos para garantizar una enfermedad cardiovascular. alimentación saludable. Exámenes por enfermedad cardiovascular No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o exámenes por enfermedad anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular que están cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses). cubiertos una vez cada 5 años. Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino No debe pagar coaseguro, Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: copago ni deducible por el Papanicolau o los exámenes Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolau están cubiertos una vez cada 24 meses. pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. Si tiene un riesgo alto de cáncer vaginal o de cuello uterino o está en edad fértil y los resultados de un Papanicolau realizado dentro de los últimos 3 años han sido anómalos: un Papanicolau cada 12 meses.

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Servicios de quiropráctico Los **servicios** cubiertos incluyen los siguientes: Usted paga \$0 por servicios Evaluación quiropráctica inicial. cubiertos. • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir Antes de que reciba servicios, una subluxación. primero debe obtener un Tratamiento de manipulación quiropráctica y servicios de referido de su PCP. radiología. Cubrimos hasta 20 citas en el consultorio o tratamientos de manipulación quiropráctica por año mediante el beneficio de MassHealth Standard (Medicaid). Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Exámenes de detección de cáncer colorrectal Lo siguiente está cubierto: No debe pagar coaseguro, Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como examen de copago ni deducible por los detección alternativo) cada 48 meses. exámenes de detección de Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 cáncer colorrectal cubiertos por Medicare. años. Uno de los siguientes cada 12 meses: • Examen de guayacol para sangre oculta en heces (gFOBT por sus siglas en inglés). Prueba inmunoquímica fecal (FIT por sus siglas en inglés). Para personas con un riesgo alto de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: Colonoscopia de detección (o enema de bario como examen de detección alternativo) cada 24 meses. Para personas que no tienen riesgo alto de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios comunitarios*	
 Incluyen, entre otros, los siguientes servicios: Servicios de quehaceres del hogar. Servicios de compañía. Cuidado de día de la demencia y atención social de día. Adaptaciones de accesibilidad al entorno (modificaciones en el hogar). Compra y envío de alimentos. Ama de casa. Comidas con entrega a domicilio. Servicio de lavandería. Servicios de cuidado personal. Sistema de Respuesta Personal para Casos de Emergencia (PERS por sus siglas en inglés). Cuidado de relevo. Transporte (ida y vuelta a las citas no médicas). Sistema de rastreo. Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios comunitarios, primero debe analizarlos con el gerente de atención del plan. Si necesita un centro de enfermería especializada, cuidados a largo plazo o servicios a domicilio y en la comunidad, su Equipo de Atención Primaria (PCT) lo dirigirá a un subgrupo de los centros de nuestra red de Tufts Health Plan SCO que puedan coordinar mejor su atención y satisfacer sus necesidades individuales. Usted trabajará con su PCT para seleccionar un centro de las opciones identificadas. Esto significa que, en la mayoría de los casos, no tendrá acceso total a los centros de la red para estos servicios.
Servicios diurnos de habilitación Un programa estructurado de trotamiento estivo erientedo e los	Usted page \$0 per servicies
Un programa estructurado de tratamiento activo orientado a las metas de servicios terapéuticos y de habilitación médicamente	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

^{*} Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir ciertos servicios.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
orientados para personas con discapacidades del desarrollo que necesitan un tratamiento activo.	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	
Servicios dentales*	
En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Cubrimos lo siguiente: Servicios cubiertos por Medicare provistos por un dentista o cirujano bucal que están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, compostura de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en caso de enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico.	Los servicios debe prestarlos un proveedor de DentaQuest. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información, comuníquese con
Además, cubrimos lo siguiente:	DentaQuest al 1-888- 309-6508.
Servicios preventivos y de diagnóstico: • Servicios preventivos (limpiezas)	
Examen de rutina	
 Radiografías 	
Restauración: • Empastes	
 Coronas 	
Reemplazo de coronas	
Incrustación	
Terapia de endodoncia	
Apicectomía y cirugía perirradicular	
Periodoncia: • Gingivectomía o gingivoplastia	
Eliminación de sarro periodontal y raspado de raíz	

^{*}Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir ciertos servicios.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Prostodoncia, removible: • Dentadura postiza total	
Dentadura postiza parcial	
 Delineado de dentadura postiza total 	
Prostodoncia, fija	
Servicios de implantes	
Cirugía bucal y maxilofacial: • Extracciones (sacar dientes)	
 Algunas cirugías bucales, como biopsias y cirugías de tejidos blandos 	
 Alveoloplastia 	
Cirugía bucal y maxilofacial	
Consultas de atención de emergencia	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Exámenes de detección de depresión	
Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proveer tratamiento de seguimiento y referidos.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la consulta anual de detección de depresión.
Exámenes de detección de la diabetes	
Cubrimos este examen de detección (incluye análisis de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Es posible que cubramos los exámenes si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.
Según los resultados de estos exámenes, es posible que sea elegible para dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses.	

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios 🍑 Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de No debe pagar coaseguro, insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para Suministros para controlar la glucosa en la sangre: monitor de el beneficio preventivo de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en capacitación sobre sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones de automanejo de la diabetes. control de la glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. La cobertura de monitores Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del de glucosa en sangre, tiras pie provocada por la diabetes: tres pares de zapatos reactivas de glucosa en terapéuticos a medida por año calendario (incluye plantillas sangre y soluciones de que se proveen con dichos zapatos) y dos pares adicionales control de la glucosa se de plantillas o un par de zapatos profundos y tres pares de limita a los productos Oneplanillas (sin incluir las plantillas removibles no Touch fabricados por personalizadas que se proveen con dichos zapatos). La LifeScan, Inc. Tenga en cobertura incluye la prueba. cuenta que no hay una marca preferida para las La capacitación para automanejo de la diabetes está cubierta lancetas. en ciertas condiciones. Antes de que reciba Tome en cuenta lo siguiente: Para el cuidado del pie relacionado capacitación sobre automanejo con la diabetes, consulte Servicios de podología en este cuadro. de la diabetes, debe obtener un referido de su PCP. Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (para ver una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 11 de este folleto). Usted paga 0 % por servicios cubiertos. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, la compra de equipo médico, repuestos y reparaciones para artículos como bastones, muletas, sillas de rueda (manuales, motorizadas, a medida o alquiladas), andadores, sillas con orinal, camas especiales, equipo de control, dispositivos protésicos y ortopédicos; y el alquiler de Sistema de Respuesta Personal para Casos de Emergencia (PERS) y

^{*}Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa antes de obtener equipo médico duradero y suministros relacionados

emergencia, o el proveedor que está tratando actualmente al

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios sistemas de rastreo. La cobertura incluye suministros relacionados y repuestos y reparaciones de los equipos. La cobertura también incluye sistemas de oxígeno líquido ambulatorio y repuestos, aspiradores, nebulizadores impulsados por compresor, respiradores de presión positiva intermitente (IPPB por sus siglas en inglés), oxígeno, gas de oxígeno, dispositivos generadores de oxígeno y alquiler de equipos de oxigenoterapia. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en el área no tiene una marca o fabricante en particular, puede pedirles si pueden hacer un pedido especial para usted. Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Atención de emergencia Usted paga \$0 por servicios La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios: cubiertos. Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios Si recibe atención de de emergencia. emergencia en un hospital Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de fuera de la red y necesita emergencia. atención de paciente hospitalizado después de Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento estabilizar la afección de emergencia, debe recibir la promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la atención de paciente muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de las funciones de hospitalizado en el hospital una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, fuera de la red autorizado por lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente. el plan. Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. La cobertura incluye servicios de paciente hospitalizado y de paciente externo, como servicios de salud conductual que son necesarios para evaluar o estabilizar la afección de emergencia de un miembro. Los servicios de emergencia incluyen servicios posteriores a la estabilización provistos después de estabilizar una emergencia para mantener la afección estable o para mejorar o solucionar la afección del miembro. El médico tratante de

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
miembro, es responsable de determinar cuándo el miembro está lo suficientemente estable para el traslado.	
Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.	
Su plan incluye cobertura mundial para atención de emergencia.	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC)	
Coordinación de la evaluación a domicilio y los servicios en el hogar provistos por un trabajador social certificado mediante un Punto de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP).	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	
Servicios Grupales de Acogida Temporal para Adultos (GAFC)	
Los Servicios Grupales de Acogida Temporal para Adultos (GAFC por sus siglas en inglés) incluyen servicios de cuidado personal para miembros elegibles con discapacidades que viven en viviendas aprobadas por los GAFC. Las viviendas pueden ser una residencia de vida asistida o viviendas públicas o subsidiadas especialmente designadas.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios 🍑 Programas de educación de salud y bienestar Membresía en YMCA Pagamos por la membresía en su centro de salud local YMCA ubicado en Massachusetts. Este beneficio se provee para promover la salud y el acondicionamiento físico en general, como también para ofrecer oportunidades de interacción social. Incluye el acceso a centros y personal de apoyo. Incluye acceso a clases de movimiento grupales (taichí, ejercicio en grupo, etc.) y programas de salud, según la disponibilidad. Es posible que se requieran costos adicionales. Comuníquese con su centro local de YMCA para obtener más detalles. Subsidio para bienestar El plan le reembolsa hasta Participación en clases de movimiento y programas de salud grupales de YMCA (para clases y programas asociados con \$200 cada año que se aplica al costo de una tarifa adicional). membresía en un club de Participación en clases de instrucción de acondicionamiento salud o centro de físico como yoga, pilates, taichí y ejercicios aeróbicos. acondicionamiento físico calificados, clases Membresía en un club de salud o centro de cubiertas de instrucción de acondicionamiento físico calificados. Un club de salud o un acondicionamiento físico, centro de acondicionamiento físico calificados proveen participación en programas equipos para ejercicios de entrenamiento cardiovascular y de de bienestar como fuerza en el lugar. Este beneficio no cubre los gastos de Cuestión de Equilibrio, membresía que paga a clubes de salud o centros e Autocontrol de acondicionamiento físico no calificados, como, entre otros, Enfermedades Crónicas, centros de artes marciales, centros de gimnasia, clubes de taller sobre la diabetes. campo y clubes deportivos y sociales, ni para actividades Alimentación Saludable deportivas como golf y tenis. para una Vida Exitosa, Citas con un orientador nutricional o dietista con licencia para IDEAS Saludables, servicios de orientación nutricional. Herramientas Poderosas para Cuidadores, Rastreador de actividad (límite de uno por miembro al año).

Participación en:

- un instructor que lidere el programa "Cuestión de equilibrio"
- un programa de automanejo de enfermedad crónica

Ejercicios en la Fundación para la Artritis, Bienestar Mejorado, Acondicionamiento Físico para su Vida, Conducción para Personas Mayores de

Los servicios que están cubiertos para usted

- el programa Taller de la Diabetes
- el Programa Alimentación Saludable para una Vida Exitosa
- el Programa IDEAS Saludables
- Herramientas Poderosas para Cuidadores
- el Programa de Ejercicios en la Fundación para la Artritis
- el Programa de Bienestar Mejorado, que incluye actividades de acondicionamiento físico para la memoria
- el Programa Acondicionamiento Físico para su Vida
- el Programa de Conducción para Personas Mayores de AAA

Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de Subsidio de bienestar junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Relaciones con el Cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org/sco. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Relaciones con el Cliente.

Programas de control del peso

El plan cubrirá los cobros del programa de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig® o un programa de pérdida de peso en un hospital. Este beneficio no cubre costos de comidas o alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas ni otros artículos o suministros.

Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de Control de Peso junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Relaciones con el Cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org/sco. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Relaciones con el Cliente.

Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios

AAA, actividades de acondicionamiento físico para la memoria, un rastreador de actividad (como Fitbit, Apple Watch, etc.) o sesiones de orientación nutricional cubiertas con un orientador nutricional o dietista registrado con licencia. Usted paga todos los cargos que superen \$200 por año.

Tufts Health Plan Senior Care Options debe recibir las solicitudes de reembolso de un año anterior a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.

No se necesita un referido para este beneficio.

El plan reembolsará a los miembros hasta \$200 por año que se incluirá en los cobros del programa para los programas de pérdida de peso.

Tufts Health Plan Senior Care Options debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio Usted paga \$0 por servicios realizadas por el PCP para determinar si necesita tratamiento médico cubiertos. están cubiertas como paciente externo cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Antes de que un especialista le haga un Exámenes auditivos de diagnóstico examen auditivo de diagnóstico, primero debe Examen de audición de rutina todos los años calendario obtener un referido de su La cobertura también incluye prótesis auditiva o instrumentos, PCP. servicios relacionados con el cuidado, el mantenimiento y la reparación de prótesis auditivas o instrumentos y suministros*. No se necesita referido para un examen anual de rutina No se necesita autorización para exámenes, evaluaciones ni servicios de la audición, pero debe de diagnóstico. atenderse con un proveedor del plan. Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Exámenes de detección del VIH Para personas que piden exámenes de detección del virus de No hay coaseguro, copago ni deducible para los inmunodeficiencia humana (VIH) o que tienen un riesgo mayor de miembros elegibles para este sufrir VIH, cubrimos: examen de detección de Un examen de detección cada 12 meses. VIH cubierto por Medicare. Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo

^{*} Excepto en una emergencia, se requiere una autorización previa antes de obtener ciertas prótesis auditivas o instrumentos.

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Atención en una agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios médicos a domicilio, un médico debe Usted paga \$0 por los certificar que necesita estos servicios e indicará que una agencia de servicios de atención médica salud domiciliaria los provea. Debe cumplir con los criterios médicos a domicilio cubiertos por para calificar para estos servicios. Medicare. Se pueden aplicar limitaciones. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Servicios de auxiliar de atención médica a domicilio y de enfermería especializada intermitente o de medio tiempo (se cubrirá según el beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de auxiliar de salud domiciliaria y de enfermería especializada combinados deben totalizar menos de 8 horas diarias y 35 horas a la semana). Es posible que se cubran horas adicionales con sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Servicios médicos y sociales. Equipos y suministros médicos. Ayuda con actividades de la vida diaria. Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Terapia de infusión a domicilio* La terapia de infusión a domicilio implica la administración Usted paga \$0 por los servicios de terapia de intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, cubiertos por Medicare. antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

^{*}Excepto en una emergencia, se requiere una autorización previa antes de recibir ciertos servicios de terapia de infusión a domicilio.

servicios que no son de emergencia ni de urgencia, que están cubiertos por Medicare Part A o Part B y que no están relacionados

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero Monitoreo remoto Servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio. Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de Medicare. Cuidado de hospicio Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de hospicio Cuando se inscribe en un certificado por Medicare. Es elegible para los beneficios de hospicio programa de hospicio cuando el médico y el director médico del centro de hospicio le han certificado por Medicare, dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad Original Medicare paga los terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su servicios de hospicio y los curso normal. El médico de hospicio puede ser un proveedor de la red servicios de Part A y Part o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: B relacionados con el pronóstico terminal, no Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor Tufts Health Plan Senior Care Options. Si no tiene Cuidado de relevo a corto plazo cobertura de Medicare, los Atención domiciliaria servicios de hospicio están cubiertos por los beneficios de Tufts Health Para servicios de hospicio y servicios que están cubiertos por Medicare Part A o Part B y están relacionados con el pronóstico Plan Senior Care Options. terminal: Original Medicare (en vez de su plan) pagará por los servicios de hospicio relacionados con el pronóstico terminal. Mientras está en el programa de hospicio, Original Medicare será el proveedor de servicios de hospicio que Original Medicare paga. Para servicios que están cubiertos por Medicare Part A o Part B y que no están relacionados con el pronóstico terminal: Si necesita

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios con su pronóstico terminal, el costo por estos servicios se calcularán con base en si usa un proveedor de la red de nuestro plan: Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según Medicare con pago por servicio (Original Medicare). Para servicios que están cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options, pero que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B: Tufts Health Plan Senior Care Options seguirá con la cobertura de los servicios cubiertos del plan que no están cubiertos por Part A o Part B o que estén o no relacionados con el pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Part D del plan: Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea de hospicio y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.3, ("¿Qué sucede si usted está recibiendo hospicio certificado por Medicare?"). Tome en cuenta lo siguiente: Si necesita atención que no es de hospicio (atención que no está relacionada con el pronóstico terminal), debería comunicarse con nosotros para coordinar estos servicios. Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). **Vacunas** No debe pagar coaseguro, Los servicios cubiertos de Medicare Part B son, entre otros: copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, Vacuna contra la neumonía. la influenza y la hepatitis B. Vacunas contra la gripe, cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario.

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o medio de contagio. Otras vacunas si está en riesgo y cumple las reglas de cobertura de Medicare Part B. También cubrimos vacunas según el beneficio de medicamentos recetados de Part D. Atención para pacientes hospitalizados* Usted paga \$0 por servicios Incluye atención aguda de paciente hospitalizado, rehabilitación cubiertos. para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes Si obtiene atención de hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza paciente hospitalizado el día que usted es ingresado formalmente al hospital con una orden autorizada en un hospital del médico. El día antes de su alta es su último día como paciente fuera de la red después de hospitalizado. estabilizar una afección de emergencia, su costo Para atención en un hospital de atención aguda general, está cubierto corresponderá a los costos por los días que sean médicamente necesarios, no hay límite. Los compartidos que pagaría en períodos de beneficio de Medicare no se aplican a estadías en un hospital de la red. hospitales de atención aguda. Para atención en un hospital de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo está cubierto hasta por 90 días por cada período de beneficios. Puede usar sus 60 días de reserva de por vida para complementar la atención en un hospital de rehabilitación o de atención de largo plazo. La cobertura está limitada por el uso anterior, parcial o total de estos días, que solo pueden usarse una vez durante toda la vida. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) Comidas que incluyen dietas especiales Servicios de enfermería regular

^{*} Excepto en una emergencia, se requiere una autorización previa antes de recibir cierta atención p ara el paciente hospitalizado.

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidado intensivo o de atención coronaria) Fármacos y medicamentos Análisis de laboratorio Radiografías y otros servicios radiológicos Suministros médicos y quirúrgicos necesarios Uso de dispositivos, como sillas de ruedas Costos de quirófanos y salas de recuperación Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje Servicios de consumo de sustancias para pacientes hospitalizados. En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, pulmón y corazón, médula ósea, células madre e intestino o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso, el cual decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del perímetro de atención de la comunidad, puede escoger ir a uno local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Tufts Health Plan Senior Care Options provee servicios de trasplante en una ubicación fuera de perímetro de atención para trasplantes en su comunidad y escoge recibir los trasplantes en una ubicación más lejana, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita porque tiene cobertura MassHealth Standard (Medicaid). Servicios médicos Tome en cuenta lo siguiente: Para ser un paciente hospitalizado, el proveedor deber escribir una orden para ingresarlo formalmente

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
como paciente hospitalizado del hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o externo, debe preguntar al personal del hospital.	
También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Es usted en un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!). Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Atención de salud mental de pacientes hospitalizados*	
 Los servicios cubiertos incluyen servicios médicos de salud mental que exigen una hospitalización. Estos servicios están disponibles 24 horas al día y proveen intervención médica para los diagnósticos de salud mental o consumo de sustancias, o ambos. 	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
 Medicare cubre hasta 90 días por período de beneficio con un límite de hasta 190 días de por vida para atención de pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) cubren todas las estadías aprobadas que superen el límite de Medicare. 	
 Para servicios de consumo de sustancias o de salud mental para pacientes hospitalizados, deberá usar el hospital designado por el médico de atención primaria (PCP/PCT) para los servicios de salud mental. Es posible que esto exija 	

^{*}Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir este servicio.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
un traslado del hospital que el PCP/PCT usa para servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para los servicios de salud mental.	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Estadía de pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía de paciente hospitalizado no cubierta	
Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estadía de paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Servicios médicos	
Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio)	
 Radiografías, radioterapia y terapia isotópica, que incluye materiales y servicios de técnicos. 	
Vendaje quirúrgico	
 Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones. 	
 Los dispositivos prostéticos y ortopédicos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano corporal (incluye tejido adyacente), o la totalidad o parte de la función de un órgano corporal interno que no está en funcionamiento o funciona de manera deficiente, así como reemplazo o reparaciones de dichos dispositivos. 	
 Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, que incluye reparaciones y reemplazos necesarios debido a fractura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente 	
Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Atención institucional Usted paga \$0 por servicios Servicios como enfermería, trabajo social médico, ayuda con actividades de la vida diaria, terapias, nutrición y medicamentos y cubiertos, a menos que sustancias biológicas provistas en un centro de enfermería MassHealth determine que especializada o en otro tipo de centro de enfermería. tiene que pagar una cantidad pagada por el paciente (PPA por sus Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid). siglas en inglés), de la cual usted es responsable. Debe pagar la PPA directamente al centro de enfermería. Se hace seguimiento a los miembros de SCO durante toda la progresión de la salud, incluso el tiempo que permanece en un centro de enfermería especializada o centro de cuidados a largo plazo. Tufts Health Plan Senior Care Options lo dirigirá a centros seleccionados para administrar mejor sus necesidades específicas mientras recibe atención en un entorno institucional. Los miembros del equipo pueden ser una enfermera practicante o médico asignado, gerentes de atención en el centro o la comunidad y especialistas. Usted trabajará con su Equipo de Atención Primaria (PCT) para seleccionar un centro de las opciones identificadas. Esto significa que, en la mayoría de los casos, no tendrá acceso total a los centros de

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	la red para estos servicios. Las exclusiones son situaciones donde un cónyuge vive en un centro que está solicitando o si actualmente vive en un centro y se afilia a nuestro programa SCO.
Terapia médica de nutrición	
Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) sin diálisis o después de un trasplante de hígado cuando es indicado por el médico.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición
Cubrimos 3 horas de servicios cara a cara de orientación durante el primer año después de que recibe los servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, algún otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovarlos una vez al año si el tratamiento es necesario para el año calendario siguiente. MassHealth (Medicaid) puede cubrir la terapia médica de nutrición para los miembros que no cumplen con el beneficio de Medicare.	cubiertos por Medicare.
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)	
Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP por sus siglas en inglés) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare por todos los planes de salud de Medicare.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual en la salud que provee capacitación práctica en cambios a largo plazo en la dieta, aumento de la actividad física y estrategias para resolver problemas para superar los desafíos y mantener una pérdida de peso sostenida y un estilo de vida saludable.	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados de Medicare Part B*	
Estos medicamentos están cubiertos por Part B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos mediante nuestro plan. Los medicamentos cubiertos son, entre otros:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
 Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infusionan mientras recibe servicios de un médico, como paciente externo en un hospital o en un centro de servicios quirúrgicos ambulatorios 	
 Medicamentos que se administra con un equipo médico duradero (como un nebulizador) que fueron autorizados por el plan 	
 Anticoagulantes que se autoadministran por inyección si tiene hemofilia 	
 Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en Medicare Part A en el momento del trasplante de órganos 	
Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en el hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que tiene relación con la osteoporosis posmenopausia y no puede autoadministrarse el medicamento	
 Antígenos 	
 Ciertos medicamentos orales para combatir el cáncer y las náuseas 	
 Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, como heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) 	
Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria	

^{*}Excepto en una emergencia, se requiere una autorización previa para obtener determinados medicamentos recetados en Medicare Part B.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos para quimioterapia También cubrimos algunas vacunas con nuestro beneficio de medicamentos recetados de Part B y Part D.	
En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de Part D, lo que incluye reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. En el Capítulo 6 se explica lo que paga por los medicamentos recetados de Part D a través de nuestro plan.	
Exámenes de detección de la obesidad y terapia para fomentar una pérdida de peso constante	
Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para que pueda bajar de peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con el médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de detección y la terapia de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides	
Los servicios de tratamiento de trastornos con uso de opioides están cubiertos por Part B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios mediante nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
 Los medicamentos para el tratamiento agonista y antagonista de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) y la entrega y administración de dichos medicamentos, si corresponde 	
Orientación para el consumo de sustancias	
Terapia individual y grupal	
Exámenes toxicológicos	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos*	
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
 Radiografías 	
 Radioterapia y terapia isotópica, que incluye materiales y suministros técnicos 	
 Suministros quirúrgicos, como vendajes 	
 Servicios radiológicos de diagnóstico, como ecografía, tomografía por emisión de positrones (PET por sus siglas en inglés, imagen por resonancia magnética (IRM) y TC 	
 Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones 	
 Análisis de laboratorio 	
 Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita porque tiene cobertura MassHealth Standard (Medicaid) 	
 Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos como, entre otros, estudios del sueño, electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria 	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Servicios hospitalarios para pacientes externos*	
Cubrimos servicios médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que recibe en un departamento para pacientes externos de un hospital.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Antes de que reciba servicios, primero debe

^{*}Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para obtener exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.

^{*} Excepto en una emergencia, se puede requerir una autorización previa antes de recibir ciertos servicios hospitalarios para pacientes externos.

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Servicios en un departamento de emergencia o en una clínica obtener un referido de su para pacientes externos, como servicios de observación o PCP. cirugía ambulatoria Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital Atención de salud mental, como atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario un tratamiento de paciente hospitalizado si no se proporciona dicha atención Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital Suministros médicos, como entablillados y yesos Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que puede autoadministrarse Tome en cuenta lo siguiente: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Es usted en un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!). Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana. Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Atención de salud mental de pacientes externos Usted paga \$0 por servicios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención médica mental con licencia estatal calificado por Medicare, según lo autorizado por las leyes estatales vigentes.	Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido de su PCP.
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	
Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje, tratamiento individual (lo que incluye diseño, fabricación y prueba de un aparato ortopédico, prostético u otro dispositivo tecnológico de asistencia), evaluación integral y	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
terapia grupal.	Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido de su PCP.
Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en distintos entornos ambulatorios, departamentos para pacientes externos en un hospital, consultorios de terapias independientes y Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos	
La cobertura de Medicare Part B está disponible para servicios de tratamiento que se prestan en un departamento para pacientes externos en un hospital a pacientes que, por ejemplo, han recibido el alta después de una estadía como paciente hospitalizado para el tratamiento del consumo de sustancias o que necesitan tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes hospitalizados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas reglas que, por lo general, se aplican a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes externos.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido de su PCP.
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía ambulatoria, que incluye servicios provistos en instalaciones hospitalarias para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria* Tome en cuenta lo siguiente: Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debería consultar con el proveedor si será un paciente externo u hospitalizado. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo". Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido de su PCP.
Artículos de venta libre (OTC)	
 Artículos de venta libre (OTC) y medicamentos recetados: Consulte la Lista de medicamentos OTC. 	Usted paga \$0 por medicamentos OTC.
 Cobertura adicional para recetas de OTC Además de la Lista de medicamentos OTC, Tufts Health Plan Senior Care Options provee cobertura para los siguientes medicamentos: Metilsulfonilmetano (MSM) Glucosamina/Condroitina/MSM Glucosamina/MSM Condroitina/MSM Omega 3/aceite de pescado Coenzima Q10 Benzonatato Robitussin Cough + Chest Congestion DM (líquido) Kits de preparación Fleet (sin enema) Citrato de magnesio Mucinex 600 mg Fexofenadina 	Antes de que reciba medicamentos OTC, debe obtener primero un referido del proveedor tratante.

^{*}Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de que se le practique una cirugía ambulatoria.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Se surtirán medicamentos OTC que no son de marca (genéricos), a menos que Tufts Health Plan Senior Care Options apruebe otra cosa. Consulte el formulario.	
• Subsidio de la tarjeta de ahorro instantáneo Usted recibe un subsidio de \$112 cada trimestre calendario para usar en artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare, como, entre otros, suministros de primeros auxilios, cuidado dental, suministros para tratar los síntomas del resfrío y protección solar.	Usted recibe un subsidio de \$112 por trimestre calendario para usar en artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare.
	Si el costo de los artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare superan el límite del beneficio de \$112 por trimestre calendario, usted es responsable de los costos adicionales.
Subsidio de la tarjeta DailyCare+	Usted recibe un subsidio de \$25 por trimestre calendario para usar en artículos aprobados de cuidado personal.
Usted recibe un subsidio de \$25 por trimestre calendario para usar en productos de cuidado personal, como, entre otros, champú, acondicionador, desodorante y jabón.	Si el costo de los artículos
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	aprobados de cuidado personal superan el límite del beneficio de \$25 por trimestre calendario, usted es responsable de los costos adicionales.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial*	
"Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo prestado como un servicio hospitalario para pacientes externos o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o del terapeuta y es una alternativa a la hospitalización como paciente hospitalizado.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Hay un programa de salud mental diario a corto plazo disponible siete días a la semana que consiste en un tratamiento agudo intensivo terapéutico en un entorno terapéutico estable, lo que incluye el manejo diario de problemas psiquiátricos.	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Servicios de asistente de cuidado personal (PCA)	
Un programa dirigido al consumidor que les permite a los miembros contratar servicios de Asistente de Cuidado Personal (PCA por sus siglas en inglés) para ayudarlos con Actividades de la Vida Diaria (ADL por sus siglas en inglés), como movilidad y traslados, medicamentos, bañarse e higiene, vestirse o desvestirse, ejercicios del rango de movimiento, comer e ir al baño; y con Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL por sus siglas en inglés), como ir de compras, lavar la ropa, preparación de comidas o limpieza del hogar.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios de Asistente de Cuidado Personal (PCA), primero debe analizarlos con su gerente de atención del plan.
No cubre recreación, cuidado de niños, capacitación vocacional, indicaciones verbales o señales ni supervisión.	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	

^{*} Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa antes de recibir estos servicios.

Los ser	vicio	os que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servici	ios n	nédicos, como citas en el consultorio del médico	
Los sei	vici	os cubiertos incluyen los siguientes:	
•	nec	ención médica o servicios quirúrgicos médicamente cesarios suministrados en un consultorio del médico, un ntro certificado de cirugía ambulatoria, el departamento para cientes hospitalizados del hospital o cualquier otro lugar.	Usted pagará \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
•	Co	nsulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista.	
•	PC	ámenes básicos de audición y equilibrio realizados por el P/PCT, si el médico los ordena para ver si usted necesita tamiento médico.	Usted paga \$0 por los servicios de Telehealth cubiertos por Medicare.
•	que ren	rvicios de Telehealth para consultas mensuales relacionadas na la enfermedad renal en etapa terminal para los miembros e se someten a diálisis domiciliaria en un centro de diálisis nal en un hospital o en un centro de acceso crítico, en un natro de diálisis renal o en el hogar del miembro.	Antes de que reciba servicios de un especialista, primero debe obtener un referido de
•		rvicios de Telehealth para diagnosticar, evaluar o tratar los tomas de un accidente cerebrovascular.	su PCP.
•		equeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o leoconferencia) con su médico durante 5 o 10 minutos si :	
	0	usted no es un paciente nuevo;	
	0	el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio durante los 7 días pasados; y	
	0	el chequeo no ocasiona una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o a la cita más pronto disponible.	
•	int	aluación de videos o imágenes que envíe a su médico e erpretación y seguimiento por parte de su médico en un zo de 24 horas si :	
	0	usted no es un paciente nuevo;	
	0	la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio durante los 7 días pasados; y	
	0	la evaluación no ocasiona una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más pronto disponible.	
•	int	onsulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, ernet o registro de salud electrónico <u>si</u> usted no es un ciente nuevo.	
•		gunda opinión de otro proveedor de la red antes de la ugía.	

Los servic	cios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
e re h n e	Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos stán limitados a cirugía de mandíbula o estructuras elacionadas, compostura de fracturas de la mandíbula o uesos faciales, extracción de dientes para preparar la nandíbula para tratamientos de radiación en caso de nfermedad neoplásica por cáncer o servicios que estarían ubiertos cuando los provee un médico).	
si co n fi co h	examen médico anual (un examen más a fondo que la consulta anual de bienestar. Los servicios incluirán lo iguiente: exámenes de los sistemas corporales, como orazón, pulmones, cabeza y cuello y sistema neurológico; nedición y registro de signos vitales como presión arterial, recuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión ompleta de medicamentos recetados y una revisión de ospitalizaciones recientes). Con cobertura una vez cada año alendario.	
h sa	Citas de seguimiento en el consultorio después del alta del ospital, SNF, hospitalizaciones en centros comunitarios de alud mental, observación de paciente externo u ospitalización parcial.	
	ervicios de Telehealth adicionales no cubiertos por Medicare, que incluyen:	
0	Servicios de médico de atención primaria.	
0	Servicios de médico especialista.	
0	Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental.	
0	Sesiones individuales para servicios de psiquiatría.	
0	Servicios del Programa de tratamiento para opioides.	
0	Servicios de observación.	
0	Sesiones individuales para servicios por abuso de sustancias para pacientes externos.	
si so tr	La cobertura adicional de Telehealth incluye solo consultas incrónicas visuales y de audio con su médico utilizando un oftware de comunicación compatible con la Ley de ransferencia y responsabilidad de los seguros médicos (o HIPAA por sus siglas en inglés)	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
	os servicios de Telehealth adicionales están cubiertos con us proveedores existentes desde cualquier ubicación	Antes de que reciba servicios
	iene la opción de recibir estos servicios a través de una isita en persona o mediante Telehealth. Si elige recibir uno	de Telehealth adicionales de un

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
de estos servicios a través de Telehealth, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de Telehealth.	especialista primero debe obtener un referido de su PCP
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Servicios de podología	
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos. Antes de que reciba servicios de podología, primero debe obtener un referido de su PCP.
 Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolones). 	
 Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que perjudican las extremidades inferiores como enfermedades metabólicas (diabetes), neurológicas o vasculares periféricas (estrechamiento y bloqueo de las arterias que llevan sangre a los brazos y a las piernas). 	
Para el cuidado del pie relacionado con la diabetes, consulte "Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros" en este cuadro de beneficios.	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Atención de enfermería privada	
Servicios continuos de enfermería especializada.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	
Exámenes de detección del cáncer de próstata	
Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses):	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el examen anual del PSA.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de tacto rectal	
 Examen del antígeno específico de la próstata (PSA por sus siglas en inglés). 	
Dispositivos protésicos y suministros relacionados*	
Dispositivos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del organismo. Esto incluye, entre otros: bolsas e suministros para colostomía que se relacionan directamente con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, alzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos, así como la reparación o reemplazo de los mismos. También incluye cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección.	Usted paga \$0 por dispositivos cubiertos.
La cobertura también incluye la evaluación, la fabricación y el ajuste de una prótesis.	
Cobertura adicional para medias de compresión y quirúrgicas no cubiertas por Medicare y mangas para mastectomía cubiertas por MassHealth Standard (Medicaid).	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Suministros médicos**	
Son artículos u otros materiales médicamente necesarios que se usan una vez y se desechan o, de alguna forma, se agotan. Incluyen, entre otros, catéteres, gasa, suministros para vendajes quirúrgicos, vendas, agua estéril y suministros para traqueotomía.	Usted paga \$0 por suministros cubiertos.

^{*}Excepto en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa antes de obtener ciertos dispositivos protésicos y suministros relacionados.

^{**}Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para obtener determinados suministros médicos.

sted paga \$0 por servicios ibiertos.
No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.
o debe pagar coaseguro, opago ni deducible para la onsulta de orientación y de oma de decisiones en onjunto o para la LDCT abiertas por Medicare.

Medicare y MassHealth (Medicaid).

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios de Medicare para dichas consultas, que fueron realizadas por un médico o un profesional de la salud calificado, distinto a un médico. Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT: el miembro debe recibir una orden por escrito para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede realizarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico. Si un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico decide proveer una orientación sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta para tomar decisiones en conjunto para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para esos casos. Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenirlas No debe pagar coaseguro, Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y ciertas personas que tienen más riesgo de ITS cuando los exámenes exámenes de detección y los ordena un proveedor primario de cuidados médicos. Cubrimos orientación de ITS cubierto por estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el Medicare. embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de orientación conductual de alta intensidad individual, en persona, de 20 a 30 minutos, cada año para adultos sexualmente activos que tienen un riesgo mayor de sufrir ITS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las provee un proveedor primario de cuidados médicos y se realizan en un entorno de atención primaria, como en el consultorio del médico. Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades del riñón	
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
 Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar la manera de cuidar los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV que fueron referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. 	
 Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluye tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3) 	
 Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo hospitalizan para atención especial) 	
 Capacitación en autodiálisis (comprende capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) 	
Equipos e suministros para diálisis en el hogar	
 Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de técnicos de diálisis para controlar el proceso de diálisis en su hogar, ayudarlo en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) 	
 Laboratorio 	
Cambio de tubo y adaptador	
 Hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal cíclica continua y diálisis peritoneal continua para pacientes externos 	
Ciertos medicamentos para la diálisis tienen cobertura conforme a su beneficio de medicamentos de Medicare Part B. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Part B, consulte la sección "Medicamentos recetados de Medicare Part B" de este Cuadro de beneficios.	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	

Los servicios que están cubiertos para usted

Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)

(Para ver una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 11 de este folleto. En ocasiones, a los centros de enfermería especializada se les denomina SNF).

Está cubierto hasta por 100 días por cada período de beneficios. No se exige hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario).
- Comidas, que incluyen dietas especiales.
- Servicios de enfermería especializada.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se presentan de forma natural en el organismo, como factores anticoagulantes).
- Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita porque tiene cobertura MassHealth Standard (Medicaid).
- Suministros médicos y quirúrgicos que por lo general los proveen en un SNF.
- Análisis de laboratorio que por lo general se realizan en un SNF.
- Radiografías y otros servicios radiológicos que por lo general se realizan en un SNF.
- Uso de dispositivos, como sillas de ruedas por lo general proporcionados por un SNF.
- Servicios médicos.

Por lo general, recibirá la atención de SNF en un centro de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda obtener atención de un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta la cantidad de pago de nuestro plan.

Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Está cubierto hasta por 100 días por cada período de beneficios. No se exige hospitalización previa. Si se le acaba su beneficio de Medicare, sigue teniendo cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).

Se hace seguimiento a los miembros de SCO durante toda la progresión de la salud, incluso el tiempo que permanece en un centro de enfermería especializada o en un centro de cuidados a largo plazo. Tufts Health Plan Senior Care Options lo dirigirá a centros seleccionados para administrar mejor sus necesidades específicas mientras recibe atención en un entorno institucional. Los miembros del equipo pueden ser una enfermera practicante o médico asignado, gerentes de atención en el centro o la comunidad y especialistas. Usted trabajará con su Equipo de Atención Primaria (PCT) para seleccionar un centro de las opciones identificadas. Esto significa que, en la mayoría de los casos, no tendrá acceso total a los centros de la red para estos servicios.

NOW (1-800-784-8669).

Lo que usted debe pagar Los servicios que están cubiertos para usted cuando recibe estos servicios Una casa de reposo o comunidad de retiro con atención Las exclusiones incluyen los continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y casos en los que un familiar cuando provea atención en un centro de enfermería cercano del miembro vive en especializada). un centro que usted solicita o si usted actualmente vive Un SNF donde su cónyuge vive en el momento en que recibe en un centro y se afilia a el alta del hospital. nuestro programa SCO. Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). 🍑 Dejar de fumar o de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco) No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los Si consume tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedad beneficios preventivos para relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos de dejar de fumar dejar de fumar o de consumir con orientación dentro de un período de 12 meses como servicio tabaco cubiertos por Medicare. preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. Si consume tabaco y tiene un diagnóstico de una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con orientación durante un período de 12 meses. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. Cubrimos el asesoramiento, individual y en grupo, para dejar de fumar y el tratamiento farmacológico, que incluye la terapia de reemplazo de nicotina (NRT por sus siglas en inglés). Esto es además de cualquier servicio que esté cubierto por Medicare. La orientación telefónica para dejar de fumar también está disponible mediante QuitWorks. QuitWorks es un servicio gratis basado en evidencia para dejar de fumar desarrollado por el Department of Public Health de Massachusetts. Si está listo para dejar de fumar o piensa hacerlo, pregúntele al médico sobre QuitWorks o visite www.makesmokinghistory.org o llame al 1-800-QUIT-

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Revise el Formulario de Tufts Health Plan Senior Care Options para conocer los agentes para dejar de fumar que están cubiertos. 	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Terapia de ejercicios supervisada (SET)	
La terapia de ejercicios supervisada (SET por sus siglas en inglés) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD por sus siglas en inglés).	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa de SET.	
El programa de SET debe:	
 consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, que comprenda un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación; 	
 realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio del médico; 	
 proporcionarlo personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD; 	
 proporcionarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera practicante o especialista en enfermería clínica que deben estar capacitados tanto en técnicas básicas y avanzadas de apoyo de la vida. 	
La SET puede estar cubierta por más de 36 sesiones durante 12 semanas, para un adicional de 36 sesiones durante un período extendido si un proveedor del cuidado de la salud estima que es médicamente necesario.	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Transporte (citas médicas)	
Ambulancia, taxi y transporte en automóvil habilitado para silla de ruedas para citas médicas que no son para casos de emergencia.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Los servicios deben ser provistos por el proveedor de transporte aprobado por el plan. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información sobre este beneficio, visite www.thpmp.org/sco o llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están en la contratapa de este folleto).
Transporte (para fines no médicos)	
Para fines no médicos, se provee un traslado ida y vuelta al mes (hasta 12 viajes ida y vuelta por año calendario). Límite de 20 millas para cada etapa.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Los servicios deben ser provistos por el proveedor de transporte aprobado por el plan. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información sobre este beneficio, visite www.thpmp.org/sco o llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están en la contratapa de este folleto).
Servicios de urgencia	
Los servicios de urgencia se proveen para tratar enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son de emergencia, que requieren una atención médica inmediata. Proveedores de la red o fuera de la red	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
pueden prestar los servicios de urgencia, si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles.	
Los costos compartidos para servicios de urgencia prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.	
Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.	
Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	
Atención de la vista	
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	
 Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, como tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. 	Usted pagará \$0 por cada consulta para pacientes externos para servicios de diagnóstico o tratamientos de una enfermedad o afección del ojo cubierta por Medicare.
 Para personas que tienen un riesgo alto de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma al año. Las personas con riesgo de glaucoma son, entre otros, personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen más de 50 años e hispanoamericanos que tienen más de 65 años. 	Usted pagará \$0 por un examen anual de detección de glaucoma si tiene riesgo alto. Antes de recibir los servicios de un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido del PCP. No se necesita un referido para que lo atienda un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.

 Para personas con diabetes, los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez al año. Usted paga \$0 por un examen anual de detección de retinopatía diabética.

Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido de su PCP.

• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). Lentes correctivos y monturas (y reemplazo) necesarios después de una extracción de cataratas con implante de lente (ahumados, revestimiento antirreflejo, lentes con protección UV o lentes grandes están cubiertos solo cuando el médico tratante lo considera médicamente necesario).

Usted pagará \$0 por un par de anteojos estándar con montura estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando la receta es de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido por Medicare si compra monturas que son superiores a las estándar.

 Un par de anteojos terapéuticos (con receta) estándar por año calendario (incluye un par de monturas estándar y lentes de visión sencilla, bifocales o trifocales) o lentes de contacto para contraataque, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia. Usted pagará \$0 por un par de anteojos estándar con montura estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido.

No se necesita referido por este servicio, pero debe obtener anteojos cubiertos de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.

• Un examen rutinario de la vista cada año calendario.

Usted paga \$0 por un examen rutinario anual de la vista. No se necesita referido para el examen

os servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	rutinario anual de la vista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.
 Subsidio de anteojos (lentes y monturas o lentes de contacto). Un par de anteojos de rutina (lentes con receta, monturas o una combinación de ambos) o lentes de contacto de hasta \$300 por año calendario. Si los anteojos o lentes de contacto se compran a un proveedor en la red EyeMed Vision Care, el beneficio está limitado a \$300 por año calendario. Se excluyen artículos en oferta, y este beneficio no puede combinarse con ningún otro descuento, cupón ni código promocional de la tienda. Si los anteojos o lentes de contacto se compran en una tienda que no está en la red de EyeMed Vision Care, el beneficio está limitado a \$180 por año calendario. Para comunicarse con EyeMed Vision Care en caso de que tenga preguntas sobre este beneficio, llame al 1-866-591-1863. Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). 	Para tener acceso al beneficio de anteojos de rutina, puede comprar los anteojos en cualquier proveedor. Si escoge un proveedor participante de la red EyeMed Vision Care, tendrá un beneficio de \$300 por año calendario para anteojos (lentes con receta, monturas o una combinación de ambos) y lentes de contacto, que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar el saldo. El proveedor de EyeMed Vision Care procesará la reclamación. Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar gastos de desembolso y solicitar un reembolso. Recibirá un reembolso de \$180 por año calendario por anteojos (lentes con receta, monturas o una combinación de ambos) y lentes de contacto. Debe presentar una reclamación ante EyeMed Vision Care para recibir el reembolso. Llame a Relaciones con el Cliente para obtener el formulario de reclamación.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Si el costo de los anteojos supera el límite del beneficio (\$300 en la red de EyeMed Vision Care, \$180 para proveedores no participantes), usted es responsable de todos los cargos adicionales. El proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan por atención rutinaria de la vista puede ser distinto al proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan para tratar afecciones médicas. Llame a Relaciones con el Cliente si tiene preguntas sobre los beneficios de la vista.
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"	beneficios de la vista.
El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluye ciertos exámenes de prevención y vacunas) y referidos a otra atención, si es necesario.	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".
Importante: Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses después de tener Medicare Part B. Cuando programe la cita, informe al consultorio del médico que quiere programar la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	
Pelucas	
Las pelucas están cubiertas para miembros que experimentan caída del cabello debido al tratamiento para el cáncer.	El plan cubre hasta \$350 por año.
Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
para miembro junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Relaciones con el Cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org/sco . Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Relaciones	Para tener acceso al beneficio de peluca, puede comprarla en cualquier proveedor.
con el Cliente.	Si escoge un proveedor participante, tendrá un beneficio de \$350 por año que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar el saldo.
	Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar desembolsos y solicitar un reembolso. Debe presentar una reclamación con el plan para recibir el reembolso.
	Llame a Relaciones con el Cliente para obtener el formulario de reclamación.

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

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

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

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

Sección 4.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección se informa qué servicios están "excluidos". Excluido significa que el plan no los cubre.

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

No pagamos por los servicios médicos excluidos que se indican en el siguiente cuadro, excepto en las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si un servicio de los que está en el cuadro a continuación se encuentra en apelación por ser un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica (para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 8, Sección 6.3, de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones en los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el siguiente cuadro.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con las normas de Original Medicare		Cubierto solo en circunstancias específicas Los servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con las normas de Original Medicare, no están cubiertos, a menos que el plan indique que estos servicios están cubiertos, que estén cubiertos por el plan con los beneficios de MassHealth (Medicaid) o que se determinen como necesarios según el plan de atención médica personalizado.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son los suministros y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica. Habitación privada en un hospital.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare de acuerdo con un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.		Puede estar cubierta por el plan mediante los beneficios de MassHealth (Medicaid) solo cuando no hay disponibles otros modos de atención alternativos. Se necesita autorización previa.
* El cuidado supervisado es cuidado que se provee en una casa de reposo, hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada.		Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica con las tareas del hogar, como limpieza ligera o preparación de comidas.		Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Se cobra una tarifa por el cuidado proporcionado por parientes directos o miembros de su grupo familiar.		Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Cirugía o procedimientos estéticos.		 Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento de la función de un miembro corporal con malformación. Cubierta para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para lograr una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Atención dental que no es de rutina		Atención dental que no es necesaria para tratar enfermedades ni lesiones puede estar cubierta como atención de paciente externo u hospitalizado. Servicios adicionales cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Atención quiropráctica de rutina		La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta. Servicios adicionales cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Cuidado rutinario de los pies		Alguna cobertura limitada que se provee de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes. Servicios cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid) cuando sean médicamente necesarios.
Comidas con entrega a domicilio		Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Zapatos ortopédicos		Si los zapatos son parte de un aparato
		ortopédico para piernas se incluye en el costo del aparato o si los zapatos son para una persona con enfermedad al pie provocada por diabetes.
Aparatos de apoyo para los pies		Calzado ortopédico o terapéutico para
		personas con enfermedad al pie provocada por diabetes.
Exámenes auditivos rutinarios, prótesis auditiva o exámenes para ajuste de prótesis auditiva.		Los exámenes de diagnóstico de la audición están cubiertos por Medicare. Las prótesis auditiva y la prueba están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid).
Exámenes rutinarios de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para defectos de visión.		Los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos de venta libre.	✓	
Acupuntura		✓
		Hasta 20 visitas cubiertas anualmente por Medicare
		Servicios adicionales cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid), con autorización previa.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Servicios de medicina natural (usa tratamientos naturales o alternativos).	✓	

^{*} El cuidado supervisado es el cuidado personal que no exige la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado que lo ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de Part D

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de Part D

SECCIÓN 1	Introducción	119
Sección 1.1	En este capítulo se describe su cobertura de medicamentos de Part D	119
Sección 1.2	Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de Part D del plan	
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedido por correo del plan	120
Sección 2.1	Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red	120
Sección 2.2	Búsqueda de farmacias de la red	121
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan	122
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?	123
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?	123
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	125
Sección 3.1	La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de Part D están cubiertos	125
Sección 3.2	¿Cómo puedo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	126
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	126
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	126
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	
Sección 4.3	¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?	
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera?	128
Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que lo estuviera	128
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no aparece en la Lista de medicamentos o si tiene algún tipo de restricción?	128
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	131
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	131
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?	
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?	133
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	133

SECCIÓN 8	Mostrar su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta	134
Sección 8.1	Mostrar su tarjeta de membresía	134
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?	134
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de Part D en situaciones especiales	135
Sección 9.1	¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?	135
Sección 9.2	¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?.	135
Sección 9.3	¿Qué sucede si usted está recibiendo hospicio certificado por Medicare?	136
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y cómo administrarlos	136
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura	
Sección 10.2	Programa de Administración de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	
SECCIÓN 11	Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y en qué período de pago se encuentra	137
Sección 11.1	Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de Beneficios de Part D" ("EOB de Part D")	138
Sección 11.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos	148

Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos

Debido a que es elegible para MassHealth Standard (Medicaid), usted recibe y califica para "Extra Help" de Medicare para pagar los costos del plan de sus medicamentos recetados. Debido a que usted está en el programa "Extra Help", quizás no se aplique a usted parte de la información que aparece en la *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de Part D. Le enviamos un inserto aparte, llamado "Cláusula adicional de la *Evidencia de Cobertura* para personas que reciben pagos de Extra Help para medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional de subsidio para bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que le da más información sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este prospecto, llame a Relaciones con el Cliente y solicite la "Cláusula adicional LIS" (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se describe su cobertura de medicamentos de Part D

En este capítulo se explican las reglas de uso de su cobertura para los medicamentos de Part D.

Además de su cobertura de medicamentos de Part D, Tufts Health Plan Senior Care Options también cubre algunos medicamentos de acuerdo con los beneficios médicos del plan. Mediante su cobertura de los beneficios de Medicare Part A, nuestro plan, generalmente, cubre los medicamentos que le suministran durante estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Mediante su cobertura de los beneficios de Medicare Part B, nuestro plan cubre los medicamentos como ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que usted recibe durante una cita en el consultorio y los medicamentos que recibe en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 ("Cuadro de beneficios, lo que está cubierto") se informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos de los medicamentos de Part B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si recibe el beneficio de hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios de Medicare Parts A, B y D y los medicamentos que no se relacionan con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 ("¿Qué sucede si usted está recibiendo hospicio certificado por Medicare?"). Para obtener información sobre cobertura de hospicio, consulte la sección de hospicio del Capítulo 4 ("Cuadro de beneficios, lo que está cubierto").

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos conforme a las reglas de beneficios de Part D. La Sección 9, "Cobertura de medicamentos de Part D en situaciones especiales", incluye más información sobre su cobertura de Part D y Original Medicare.

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

Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de Part D del plan

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

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro prescriptor) debe emitir su receta.
- El prescriptor debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para emitir recetas o se rechazará su reclamación de Part D. Debería preguntarles a sus prescriptores la próxima vez que los llame o que tenga una consulta para saber si cumplen esta condición. Si no es así, debe tener en cuenta que el prescriptor tardará un tiempo en enviar el papeleo necesario para ser procesado.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2 "Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedido por correo del plan").
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos "Lista de medicamentos" para fines prácticos) (consulte la Sección 3 "Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan").
- El medicamento se debe usar conforme a una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia (consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red

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

Una farmacia de la red corresponde a una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos recetados de Part D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.thpmp.org) o llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que el proveedor le emita una nueva receta o que su receta se transfiera a la nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede pedir ayuda a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.thpmp.org/sco.

¿Qué pasa si usted necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. Nuestro plan cubrirá la terapia de infusión en el hogar si sucede lo siguiente:
 - su medicamento recetado está en el formulario de nuestro plan o se autorizó una excepción al formulario para su receta;
 - o su medicamento recetado no tiene otra cobertura según los beneficios médicos de nuestro plan;
 - o nuestro plan ha aprobado su receta para la terapia de infusión en el hogar; y
 - su receta fue emitida por un prescriptor autorizado.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera regular sus beneficios de Part D a través de nuestra red de farmacias de LTC que, por lo general, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultades en acceder a sus beneficios de Part D en un centro de LTC, comuníquese con Relaciones con el Cliente.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas o al Programa de Salud para Indígenas Tribal o Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.

• Farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debiera ocurrir con muy poca frecuencia).

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores y farmacias* o llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

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

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono se indican en la contratapa de este folleto).

Habitualmente recibirá su pedido por correo antes de 15 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede sufrir retrasos. Si su pedido se retrasa, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) en el horario de atención y le permitiremos surtir un suministro parcial del medicamento en una farmacia minorista de la red.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor del cuidado de la salud, se comunicará con usted para saber si quiere surtir el medicamento inmediatamente o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia envíe el medicamento correcto (lo que incluye concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de enviarlo. Es importante que usted responda cada vez que lo llamen de la farmacia para informarles qué hacer con la nueva receta e impedir retrasos en el envío.

Cómo resurtir recetas de pedidos por correo. Para resurtir su receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que usted estime que sus medicamentos se acabarán para asegurarse de que su siguiente pedido lo envíen a tiempo.

De esa manera, la farmacia se comunicará con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo; asegúrese de que la farmacia tenga la mejor manera de comunicarse con usted. Llame a Servicio al Cliente de CVS Caremark en forma gratuita al 1-855-220-5724 (TTY 711) para proveer su información de contacto preferido. El horario de atención es continuado 24 horas al día, siete días a la semana.

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

El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" que están en la Lista de medicamentos del plan (los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma de manera regular para una afección médica crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro mediante un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

- 1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden entregarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- 2. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le exige solicitar como mínimo un suministro para 30 días del medicamento y como máximo un suministro para 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre nuestros servicios de pedido por correo.

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

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde podrá surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación indicamos las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

• Emergencias médicas

Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si están relacionadas con una emergencia médica o una atención de urgencia. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en vez de solo el copago) cuando surta la receta. Envíe un formulario de reclamación en físico para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Cuando viaja o está lejos del área de servicio del plan

Si toma un medicamento recetado de manera regular y se va de viaje, asegúrese de revisar su suministro de dicho medicamento antes de partir. Si es posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir anticipadamente sus medicamentos recetados a través del servicio de farmacia de pedido por correo de nuestra red o de una farmacia minorista de la red.

- Si viaja dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma o pierde o se le agotan sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las reglas de cobertura identificadas en este documento y no hay una farmacia de la red disponible. En esta situación, normalmente, tendrá que pagar el costo total cuando surta la receta. Envíe un formulario de reclamación en físico para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (consulte los detalles a continuación en "¿Cómo solicitar un reembolso del plan?").
- Antes de surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red, llame a Relaciones con el Cliente para averiguar si hay una farmacia de la red en el área hacia dónde está viajando. Nuestra red de farmacias está distribuida en todo el país. Si no hay farmacias de la red en esa área, Relaciones con el Cliente puede hacer las gestiones para que usted pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red.

• Otras ocasiones en que puede tener cobertura para su receta si va a una farmacia fuera de la red

- Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se aplica, al menos, una de las siguientes situaciones:
- Si usted no puede recibir un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay farmacias de la red a una distancia razonable en auto que provea servicio las 24 horas al día.
- Si usted trata de surtir un medicamento recetado cubierto que no se abastece regularmente en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red que sea elegible (estos incluyen los medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos de especialidad).
- o Envíe un formulario de reclamación para pedirnos que le reembolsemos el costo.

En estas situaciones, **verifique primero con Relaciones con el Cliente** para saber si hay una farmacia de la red en las cercanías (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso del plan?

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

SECCIÓN 3

Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan

Sección 3.1

La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de Part D están cubiertos

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

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

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D (anteriormente en este capítulo, en la Sección 1.1, se explica cuáles son los medicamentos de Part D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). En la Lista de medicamentos de venta libre (OTC) se explica cómo averiguar la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).

Generalmente, cubriremos un medicamento que figure en la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso de un medicamento corresponda a una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" corresponde al uso de un medicamento que:

- está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para lo que se está recetando); o
- está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre algunos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

¿Qué no está en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que un plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.
- En la Lista de medicamentos de venta libre (OTC) se explica cómo averiguar la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).

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

Tiene 3 maneras de averiguarlo:

- 1. Revisar la Lista de medicamentos más reciente que entregamos electrónicamente.
- 2. Visitar el sitio web del plan (www.thpmp.org/sco). La Lista de medicamentos que está en el sitio web siempre está actualizada.
- 3. Llamar a Relaciones con el Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la manera más eficaz. Estas reglas especiales también permiten controlar los costos totales de los medicamentos, lo que mantiene más asequible su cobertura de medicamentos.

En general, nuestras reglas lo incentivan a usar un medicamento que funcione para su afección y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione tan bien como un medicamento de costo más alto, las reglas del plan están diseñadas para incentivarlo a usted y a su proveedor para que usen la opción de menor costo. También tenemos que cumplir con las reglas y normativas de Medicare con respecto a la cobertura de medicamentos y costos compartidos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que adoptar medidas adicionales para que cubramos dicho medicamento. Si desea que nosotros lo eximamos de la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos acceder o no a eximirlo de la restricción (consulte el Capítulo 8, Sección 7.2, para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

Observe que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos sobre la base de factores como concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor del cuidado de la salud (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg, una vez al día versus dos veces al día, tableta versus líquido, etc.).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la manera más eficaz. En las siguientes secciones se muestra más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos. **Cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le entregarán la versión genérica.** Por lo general no cubriremos el medicamento de marca si hay disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca (su parte del costo puede ser más alto para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación anticipada del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que accedamos a cubrir su medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**". A veces el requisito de tener una aprobación anticipada ayuda a orientar en el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no tener la cobertura del plan.

Probar un medicamento diferente primero

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

Cantidad máxima

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

Sección 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 algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o quiere tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.thpmp.org/sco).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que adoptar medidas adicionales para que cubramos dicho medicamento. Si hay una restricción en el medicamento que usted desea tomar, debería comunicarse con Relaciones con el Cliente para saber lo que usted o su proveedor necesitarían hacer para recibir cobertura para ese medicamento. Si desea que nosotros lo eximamos de la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos acceder o no a eximirlo de la restricción (consulte el Capítulo 8, Sección 7.2, para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones).

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

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando actualmente o uno que y su proveedor creen que debería tomar que no esté en nuestro formulario o que esté en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ningún tipo de cobertura. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe un medicamento diferente primero para ver si funciona antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O bien podría haber límites en la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que usted desee que lo eximamos de la restricción.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, vaya a la Sección
 5.2 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, esto es lo que puede hacer:

- Usted puede recibir un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden recibir un suministro temporal). Esto le dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiarse a otro medicamento o para presentar una solicitud para que cubran su medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Usted puede recibir un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en la Lista de medicamentos o cuando tiene algún tipo de restricciones. Con esto tendrá tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y ver qué hacer.

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

- 1. El cambio en su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos:
 - el medicamento que ha estado tomando ya no está en la Lista de medicamentos del plan; o
 - el medicamento que ha estado tomando **tiene ahora algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se indica cuáles son las restricciones).
- 2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:
 - Para los miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año pasado. Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red (tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar desperdicio).

 Para los miembros que han estado en el plan por más de 90 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es una adición a la situación de suministro temporal indicada anteriormente.

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

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

Llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para recibir un suministro temporal.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, usted debería conversar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente que cubra el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su actual medicamento. En las siguientes secciones se ofrece más información sobre estas opciones.

Puede cambiarse a otro medicamento.

Comience por conversar con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente que cubra el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Relaciones con el Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Puede solicitar una excepción

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

Si es actualmente un miembro y un medicamento que usted está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción del formulario en forma anticipada para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una

respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del prescriptor). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos. Aparecen en el mercado nuevos
 medicamentos, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno haya aprobado un
 nuevo uso de un medicamento ya existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y
 decidimos no cubrirlo. También podríamos retirar un medicamento de la lista porque se descubrió
 que era ineficaz.
- Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento (para obtener más información sobre restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se hagan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicaremos información en nuestro sitio web acerca de esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea de manera regular para incluir todos los cambios que han ocurrido después de la última actualización. A continuación, indicaremos los momentos en que lo notificaremos directamente si se hacen cambios en un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectan inmediatamente?

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

- Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista (o cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o realizamos ambas cosas)
 - O Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazaremos con uno genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando se agreguen medicamentos genéricos nuevos, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo a un nivel de costos compartidos más altos o agregarle restricciones nuevas, o haremos ambas cosas.
 - Es posible que no le informemos antes de que hagamos el cambio, aun cuando usted esté tomando el medicamento de marca.
 - Usted o el prescriptor pueden pedirnos hacer una excepción y mantener la cobertura del medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 ("Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)").
 - Si está tomando el medicamento de marca cuando hacemos el cambio, le proveeremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que usted puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.

Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la lista que se retiran del mercado

- En ocasiones, es posible que un medicamento se retire repentinamente porque se descubrió que era inseguro o se retiró del mercado por otro motivo. Si esto sucede, retiraremos inmediatamente el medicamento de la lista. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio en forma inmediata.
- El prescriptor también sabrá de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

Otros cambios en los medicamentos de la lista

Podemos hacer otros cambios una vez que el año haya comenzado que afectan los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podemos hacer cambios sobre la base de las advertencias destacadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con,

- al menos, 30 días de anticipación o notificarle el cambio y darle un resurtido para 30 días en una farmacia de la red del medicamento que está tomando.
- Después de recibir la notificación del cambio, debería analizar con su prescriptor cambiarse a un medicamento diferente que cubrimos.
- Usted o el prescriptor pueden pedirnos hacer una excepción y mantener la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 ("Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)").

Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente los están tomando: En caso de cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si usted está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si ponemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios sucede en un medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá un aumento en sus pagos ni una restricción adicional al uso del medicamento. No recibirá una notificación directa este año

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán y es importante revisar la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver los cambios que podrían haber sufrido los medicamentos.

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

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están "excluidos". Esto significa que ni Medicare ni MassHealth Standard (Medicaid) pagan por estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos que se indican en esta sección. La única excepción: si luego de una apelación se descubre que el medicamento solicitado no está excluido en Part D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica (para obtener información sobre cómo presentar una apelación sobre una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 8, Sección 7.5, en este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también lo excluye MassHealth Standard (Medicaid), deberá pagarlo usted.

Aquí hay tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según Part D:

- La cobertura de medicamentos de Part D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que sería cubierto por Medicare Part A o Part B.
- 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. Un "uso no
 indicado en la etiqueta" corresponde a cualquier uso diferente al especificado en la etiqueta de un
 medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - O Por lo general, la cobertura para el "uso no indicado en la etiqueta" se permite solo cuando está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso no indicado en la etiqueta".

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

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

SECCIÓN 8 Mostrar su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta

Sección 8.1 Mostrar su tarjeta de membresía

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que escoja. Cuando usted muestra su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan por su medicamento recetado cubierto.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si no lleva con usted la tarjeta de membresía del plan cuando surta su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para recibir la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la vaya a recoger** (luego, puede **pedirnos el reembolso**. Consulte el Capítulo 6, Sección 2.1 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de Part D en situaciones especiales

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

Si lo ingresan a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente, cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos mientras estos cumplan todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección en las que se explican las reglas para recibir cobertura de medicamentos.

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

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

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para descubrir si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

¿Qué pasa si usted es un residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y pasa a ser un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de 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 30 días, o menos, si su receta está indicada para menos días (tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proveer el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar desperdicio). Si ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, usted debería conversar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Quizás haya un medicamento diferente que cubra el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Usted o su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 8, Sección 7.4, se indica qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si usted está recibiendo hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea de hospicio y nuestro plan. Si está inscrito en servicios de hospicio de Medicare y necesita algún medicamento antináuseas, laxante, analgésico o ansiolítico que no está cubierto por estos servicios, ya que no se relaciona con su enfermedad terminal y afecciones asociadas, el prescriptor o su proveedor de hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en el recibo de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede solicitarle al proveedor de hospicio o al prescriptor que se aseguren de haber notificado que el medicamento no está relacionado antes de pedir en una farmacia que surtan su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o le den el alta del hospicio, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, debería llevar documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta médica. Consulte las partes anteriores de esta sección en las que se explican las reglas para recibir cobertura de medicamentos de Part D.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y cómo administrarlos

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

Realizamos revisiones de cómo nuestros miembros usan los medicamentos para poder asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta los medicamentos.

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

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

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

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudarnos a tener la certeza de que nuestros miembros reciben la mayor cantidad de beneficios de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Administración de Terapias de Medicamentos (MTM por sus siglas en inglés).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud revisará de manera cabal todos sus medicamentos. Usted puede comentar cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados o 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 aprovechar de mejor manera sus medicamentos, con espacios para que usted tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es una buena idea que esta revisión de medicamentos se haga antes de la consulta anual de "bienestar", de manera que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento en que converse con médicos, farmacéuticos y otros proveedores del cuidado de la salud. Asimismo, mantenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en dicho programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo sacaremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

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

Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de Beneficios de Part D" ("EOB de Part D")

Tome en cuenta lo siguiente: Es posible que la siguiente sección no corresponda a su caso. Debido a que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene desembolsos para los medicamentos recetados de Part D cubiertos.

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su "desembolso".
- Llevamos un registro de sus "costos totales de medicamentos". Esta es la cantidad que paga por concepto de desembolsos u otros pagos en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

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

• **Información de ese mes**. Este informe entrega información de pago detallada sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted u otros pagaron en su nombre.

- Totales del año desde el 1 de enero. Esto se llama información "del año a la fecha". Muestra los
 costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el
 año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamación de medicamentos recetados.
- Recetas alternativas disponibles de menor costo. Esto incluirá información sobre otros
 medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta que pueda estar
 disponible.

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

- Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta. Para asegurarnos de que estamos al tanto de las recetas que está surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.
- Asegúrese de que tengamos la información necesaria. Es posible que en ocasiones pague medicamentos recetados cuando no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar el registro de sus desembolsos. Para ayudarnos a llevar un registro de sus desembolsos, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado (si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya al Capítulo 7, Sección 2, de este folleto). A continuación hay algunos tipos de situaciones donde le recomendamos dar copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando haga un copago por medicamentos que los provee un programa de ayuda a pacientes de un fabricante de medicamentos.
 - En cualquier momento que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en momentos donde haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto debido a circunstancias especiales.

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

• Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted. Los pagos hechos por ciertos terceros y organizaciones también cuentan como desembolsos y pueden ayudar a calificar su cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se consideran dentro de sus desembolsos. Debe llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.

• **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando recibe una *Explicación de Beneficios de Part D* ("EOB de Part D") por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las cuales nos debe solicitar que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	142
Sección 1.1	Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	142
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el pago o cómo pagar una factura que haya recibido	144
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	144
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos	145
Sección 3.1 Sección 3.2	Revisamos para ver si debemos cubrir el servicio o el medicamento	
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las cuales debe guardar sus recibos y enviarnos copias	146
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus desembolsos por medicamentos	146

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

Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

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

Si ya pagó por los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede a nuestro plan que le devuelva el dinero (esto se conoce normalmente como "reembolso"). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero cuando haya pagado servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos cubrirlos, le devolveremos el dinero que gastó en los servicios o medicamentos.

A continuación hay algunas situaciones donde es posible que tenga que solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que haya.

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

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no es parte de nuestra red, debe pedirle que le facture al plan.

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

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

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

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

3. Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan

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

Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan y usted paga desembolsos por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos ese dinero. Tendrá que enviarnos el papeleo para encargarnos del reembolso. Comuníquese con Relaciones con el Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos la devolución del dinero que pagó y los plazos para hacer la solicitud (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

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

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando eso pase, tendrá que pagar el costo completo de su receta (cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información). Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite la devolución del dinero que pagó.

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

Si no lleva con usted su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita en ese momento, puede que tenga que pagar el costo completo de la receta. Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite la devolución del dinero que pagó.

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

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

• Por ejemplo, puede que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*) del plan; o puede tener un requisito o restricción que no conocía o que pensaba

- que no le correspondía. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo completo.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite la devolución del dinero que pagó.
 En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información sobre su médico para poder devolverle el dinero que gastó en el medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Esto se conoce como tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos cubrirlo, pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 8 de este folleto ("Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)") tiene información sobre cómo hacer una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea sacarle una copia a la factura y a los recibos para tenerlo en su registro.

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

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.thpmp.org/sco) o llame a
 Relaciones con el Cliente y solicite el formulario (los números de teléfono de Relaciones con el
 Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

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

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

Solicitudes de pago de recetas de Part D:

CVS/Caremark Medicare Part D Claims Processing P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066

Solicitudes de pago de EyeMed:

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

Comuníquese con Relaciones con el Cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si nos quiere dar más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si es que necesitamos alguna información adicional. De lo contrario, analizaremos 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 obtener la atención o el medicamento, le pagaremos por el servicio. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si todavía no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor (en el Capítulo 3 se explican las reglas que debe seguir para que se cubran sus servicios médicos. En el Capítulo 5 se explican las reglas que debe seguir para que le cubran sus medicamentos recetados de Part D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o si *no* siguió todas las reglas, no le pagaremos por la atención o el medicamento. En cambio, le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos de por qué no le estamos enviando el pago que solicitó y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

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

Si cree que cometimos un error por rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que estamos pagando, puede hacer una apelación. Si hace una apelación, significa que nos está pidiendo cambiar la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener información detallada sobre cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este folleto ("Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)"). Este proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que hace una apelación, le servirá leer primero la Sección 5 del Capítulo 8. La Sección 5 es una sección introductoria en la que se explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones, además tiene definiciones de términos como "apelación". Luego de que haya leído la Sección 5, puede ir a la sección del Capítulo 8 que trata sobre qué hacer en su situación:

- Si quiere hacer una apelación para obtener una devolución de pago de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 en el Capítulo 8.
- Si quiere hacer una apelación para obtener una devolución de pago de un medicamento, vaya a la Sección 7.5 en el Capítulo 8.

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

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus desembolsos por medicamentos

Hay algunas situaciones donde debe avisarnos sobre pagos que haya hecho por medicamentos. En estos casos, no significa que nos está solicitando un pago. En cambio, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los desembolsos. Esto puede ayudarlo a calificar más rápidamente para el Período de cobertura catastrófica.

A continuación hay un ejemplo de situación donde nos debe enviar copias de los recibos para informarnos sobre pagos que haya hecho por medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de ayuda a pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de ayuda a pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que es externo a los beneficios del plan. Si obtiene cualquier medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que pague un copago al programa de ayuda a pacientes.

- Guarde el recibo y envíenos una copia para que sus desembolsos se incluyan en el cumplimiento de requisitos del Período de cobertura catastrófica.
- Tome en cuenta lo siguiente: Debido a que está obteniendo su medicamento a través de un
 programa de ayuda a pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos los costos de
 estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, nos permitirá calcular
 correctamente sus desembolsos y esto podría ayudarlo a calificar más rápido para el Período de
 cobertura catastrófica.

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

CAPÍTULO 7

Sus derechos y deberes

Capítulo 7. Sus derechos y deberes

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan		150	
Sección 1.1	Debemos proporcionar información en una forma que le resulte conveniente (en idiomas diferentes del inglés, en braille, en letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).	150	
Sección 1.2	Debemos tratarlo justamente y con respeto en todo momento	150	
Sección 1.3	Tiene derecho a no ser víctima de maltrato, abandono y explotación	151	
Sección 1.4	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a nuestros servicios y medicamentos cubiertos	151	
Sección 1.5	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	151	
Sección 1.6	Debemos entregarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos	152	
Sección 1.7	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	154	
Sección 1.8	Tiene derecho a hacer reclamos y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado	156	
Sección 1.9	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si no están respetando sus derechos?	156	
Sección 1.10	Cómo obtener más información sobre sus derechos	157	
SECCIÓN 2	Usted tiene algunos deberes como miembro del plan	157	
Sección 2.1	¿Cuáles son sus deberes?	157	
SECCIÓN 3	Cómo lo ayudamos a recibir atención de calidad	159	
Sección 3.1	Programa de gestión médica	159	

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar información en una forma que le resulte conveniente (en idiomas diferentes del inglés, en braille, en letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).

Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte útil, por favor llame a Relaciones con el cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los miembros discapacitados y no angloparlantes. También podemos darle información en braille, en letra grande, u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte útil, llame a Relaciones con el cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles (la información de contacto se encuentra en el Capítulo 10, Sección 5). También puede presentar una queja ante Medicare a través del número de teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta *Evidencia de Cobertura* o con este envío, o puede comunicarse con Relaciones con el Cliente para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos tratarlo justamente y con respeto en todo momento

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

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

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

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

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

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

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP/PCT) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se explica esto más detalladamente). Llame a Relaciones con el Cliente para conocer los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También tiene derecho a ir a un especialista en salud de mujeres (como un ginecólogo) sin un referido.

Como miembro del plan, tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a obtener surtidos y resurtidos de recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin esperar demasiado.

Como nuevo afiliado, tiene derecho a recibir acceso a los servicios acorde con el acceso que tenía anteriormente, y tiene autorización para retener a su proveedor actual durante <u>hasta</u> 90 días si ese proveedor no está en nuestra red, <u>o hasta que lo evalúen y se implemente un plan de atención, lo que ocurra primero</u>.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de Part D en un plazo razonable, en el Capítulo 8, Sección 11, de este folleto se indica lo que puede hacer (si le hemos negado la cobertura de su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 8, Sección 5, se indica lo que puede hacer).

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

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

 Su "información personal de salud" incluye la información personal que nos entregó cuando se inscribió en este plan, además de su historia clínica y otra información médica y de salud. Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con la obtención de información y el control del uso de su información de salud. Le enviaremos una notificación por escrito, llamada "Notificación de las políticas de privacidad", en la que se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que nadie sin autorización vea o cambie sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información de salud a alguien que no le esté
 proporcionando atención ni pagando por su atención, primero debemos obtener un permiso por
 escrito de usted. El permiso por escrito lo puede dar usted o alguien que tenga la facultad legal
 para tomar decisiones por usted.
- Hay algunas excepciones donde no es obligatorio obtener su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o se exigen por ley.
 - Por ejemplo, debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos entregarle su información de salud a Medicare, lo que incluye información sobre sus medicamentos recetados de Part D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, esto se hará según las leyes y normativas federales.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

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

Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, tiene derecho a que le entreguemos varios tipos distintos de información (como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le entreguemos información en una forma que le resulte conveniente. Esto incluye obtener información en idiomas diferentes del inglés, letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto):

• Información sobre nuestro plan. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones que han hecho miembros y las calificaciones de desempeño, lo que abarca la manera en que los miembros del plan lo han evaluado 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, tiene derecho a que le entreguemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y cómo le pagamos a los proveedores en nuestra red.
- Para obtener una lista de los proveedores y de las farmacias en la red del plan, consulte el Directorio de proveedores y farmacias.
- Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o visite nuestro sitio web www.thpmp.org/sco.

• Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.

- En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos los servicios médicos que tiene cubiertos, todas las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
- Para obtener información detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Part D, consulte el Capítulo 5 de este folleto más la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En este capítulo, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se indica los medicamentos cubiertos y se explican las reglas que debe seguir y las restricciones que tiene su cobertura para ciertos medicamentos.
- Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

• Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.

- Si un servicio médico o medicamento de Part D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
- Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre qué atención médica o medicamento de Part D está cubierta, tiene derecho a solicitarnos cambiar la decisión. Nos puede solicitar cambiar la decisión con una apelación. Para obtener información más detallada sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 8 de este folleto. Se entrega información detallada sobre cómo hacer una apelación si es que quiere que cambiemos nuestra decisión (en el Capítulo 8

- también se explica cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera y otras inquietudes).
- Si quiere solicitarle a nuestro plan que pague su parte de una factura que recibió por atención médica o un medicamento recetado de Part D, consulte el Capítulo 6 de este folleto.

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

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

Tiene derecho a obtener información completa sobre sus médicos y otros proveedores del cuidado de la salud cuando vaya a obtener atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar completamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar una decisión con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, estos son sus derechos:

- Conocer todas sus opciones. Esto significa que tiene derecho a que le indiquen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por el plan. También incluye que le informen sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usar los medicamentos de manera segura.
- Conocer los riesgos. Tiene derecho a que le informen todos los riesgos involucrados con su atención. Le deben informar con anticipación si alguna de las atenciones médicas o tratamientos propuestos son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- Derecho a decir que "no". Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto
 incluye el derecho a irse del hospital o cualquier otro centro médico, incluso si su médico
 recomienda lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si
 rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda responsabilidad por lo
 que le ocurra a su cuerpo como resultado.
- Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de la atención. Tiene derecho a recibir una
 explicación por parte de nosotros si un proveedor rechazó la atención que usted creía que iba a
 recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. En el
 Capítulo 8 de este folleto se explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

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

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

- Llenar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si es que alguna vez se vuelve incapaz de tomar las decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si es que se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

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

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

- Obtenga el formulario. Si quiere tener una directiva anticipada, puede solicitarle un formulario a
 su abogado o a un trabajador social o puede obtenerlo en algunas tiendas de artículos de oficina.
 Algunas veces puede conseguir formularios de directiva anticipada en organizaciones que
 entregan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Relaciones
 con el Cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la
 contratapa de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- Entrégueles copias a las personas correspondientes. Debería entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que indique en el formulario para tomar las decisiones por usted si es que usted no puede. Le recomendamos entregarles copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

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

- Si lo hospitalizan, le preguntarán si es que firmó un formulario de directiva anticipada y si es que lo llevó.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

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

¿Qué pasa si no siguen mis instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud Pública, Oficina del Comisionado, 250 Washington Street, Boston, MA 02108, 1-617-624-6000, (TDD: 1-617-624-6001).

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

Si tiene algún problema o inquietud acerca de los servicios o cuidados cubiertos, en el Capítulo 8 de este folleto se indica lo que puede hacer. Se dan los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y reclamos. Depende de la situación lo que tendrá que hacer para solucionar un problema o una inquietud. Puede que necesite solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura, hacer una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o hacer un reclamo. Haga lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, hacer una apelación o hacer un reclamo), **debemos tratarlo de manera justa**.

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

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

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

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

¿Se trata de otra cosa?

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

- Puede **llamar a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre la información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre la información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con Medicare.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare) (la publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunos deberes como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus deberes?

Lo que debe hacer como miembro del plan se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- Conozca sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos. Use este folleto
 de Evidencia de Cobertura para conocer lo que se cubre y las reglas que debe seguir para obtener
 sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se da información detallada sobre sus servicios médicos, incluido lo que se cubre, lo que no se cubre, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
 - En el Capítulo 5 se entrega información detallada sobre su cobertura para medicamentos recetados de Part D.
- Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos. Llame a Relaciones con el Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

- Obebemos seguir las reglas que establece Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) para garantizar que esté usando toda su cobertura en conjunto cuando obtiene sus servicios cubiertos por parte de nuestro plan. Esto se conoce como "coordinación de beneficios", ya que involucra la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que está disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios (para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, vaya al Capítulo 1, Sección 7).
- Informe a su médico y a otros proveedores del cuidado de la salud que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos recetados de Part D.
- Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores, entrégueles información, haga preguntas y haga seguimiento de su atención.
 - Para ayudar a los médicos y a otros proveedores de salud a prestar la mejor atención, aprenda lo más posible sobre sus problemas de salud y entrégueles la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acordó con sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan sobre los medicamentos que está tomando, incluso los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Se espera que sus médicos y otros proveedores del cuidado de la salud le expliquen las cosas de una manera que pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dieron, vuelva a preguntar.
- Sea considerado. Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros
 pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude al buen funcionamiento del
 consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- Pague lo que debe. Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Part A y Medicare Part.
 B. Para la mayoría de los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options, MassHealth Standard (Medicaid) paga su prima de Part A (si no cumple sus requisitos automáticamente) y su prima de Part B. Si MassHealth Standard (Medicaid) no está pagando sus primas de Medicare, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Si obtiene servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro que pueda tener, deberá pagar el costo completo.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede hacer una apelación Consulte el Capítulo 8 de este folleto para obtener información sobre cómo hacer una apelación.
- **Avísenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

- Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan (en el Capítulo 1 se habla sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se va fuera de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede afiliarse a cualquier plan de Medicare disponible en su área nueva. Podemos avisarle si tenemos 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 va a mudar, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- Llame a Relaciones con el Cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes. También aceptamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de llamadas de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

SECCIÓN 3 Cómo lo ayudamos a recibir atención de calidad

Sección 3.1 Programa de gestión médica

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

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

El Programa de Gestión Médica de Tufts Health Plan sigue todas las pautas de cobertura de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).

CAPÍTULO 8

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

SECCIÓN 1	Introducción	164
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	164
Sección 1.2	¿Qué hay sobre los términos legales?	
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros	165
Sección 2.1	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	165
SECCIÓN 3	Comprensión de reclamos y apelaciones relacionados con Medicare y Medicaid en nuestro plan	167
PROBLEMAS RE	LACIONADOS CON SUS BENEFICIOS	167
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones	167
Sección 4.1	¿Debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O quiere hacer un reclamo?	167
SECCIÓN 5	Guía sobre lo básico de decisiones de cobertura y apelaciones	168
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: perspectiva general	168
Sección 5.2	Cómo conseguir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o hace una apelación	169
Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se dan detalles para su situación?	170
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación	171
Sección 6.1	En esta sección se informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le devolvamos dinero por atención que usted pagó	171
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o provea la cobertura de atención médica que desea)	173
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2	
Sección 6.5	¿Qué ocurre si nos solicita que le hagamos una devolución del dinero que pagó por una factura que recibió por atención médica?	184

Evidencia de Cobertura 2021 de Tufts Health Plan Senior Care Options Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de Part D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación		
Sección 7.1	En esta sección se informa sobre qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de Part D o si quiere que le hagamos una devolución de dinero por un medicamento de Part D que usted pagó	186
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	188
Sección 7.3	Elementos importantes que debe conocer cuando solicite excepciones	189
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	189
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	193
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	196
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía de paciente hospitalizado más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto	198
Sección 8.1	Durante su estadía como paciente hospitalizado, recibirá una notificación por escrito de parte de Medicare en la que se le informa de sus derechos	199
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital	200
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital	203
Sección 8.4	¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	205
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto	208
Sección 9.1	·	
Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura	208
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra la atención por más tiempo	209
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra la atención por más tiempo	211
Sección 9.5	¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación a Nivel 3 y superior	216
Sección 10.1	Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	216
Sección 10.2	Apelaciones adicionales de Medicaid	
Sección 10.3	Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Part D	

 	,	

SECCIÓN 11 Cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempo espera, servicio al cliente u otras inquietudes			
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas resuelve el proceso de reclamo?	219	
Sección 11.2	El nombre formal de "hacer un reclamo" es "presentar una queja"	221	
Sección 11.3	Paso a paso: Cómo hacer un reclamo	221	
Sección 11.4	También puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	223	
Sección 11.5	También puede informar a Medicare y MassHealth (Medicaid) sobre su reclamo	223	
Sección 11.6	Reclamos relacionados con paridad en la salud mental	224	

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos tipos de problemas, necesita usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.
- Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso para hacer reclamos.**

Para garantizar la imparcialidad y pronta solución de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

¿Cuál debe usar? La Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado para usted.

Sección 1.2 ¿Qué hay sobre los términos legales?

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

En este capítulo se explican las reglas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de con ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice "hacer un reclamo" en vez de "presentar una queja"; "decisión de cobertura" en vez de "determinación integrada de la organización", "determinación de cobertura" o "determinación de riesgo"; y "Organización de Revisión Independiente" en vez de "Entidad de Revisión Independiente". También se usan abreviaturas, pero se trata de que sea lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil (y a veces muy importante) para usted conocer 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 cuando se enfrente a su problema y a obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando entregamos los detalles para abordar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

A veces puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser particularmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. En otras ocasiones, podría no tener el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Conseguir ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones también podría querer recibir ayuda u orientación de una persona que no esté relacionada con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué procesos debería usar para abordar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, entregarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratis. Encontrará números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto.

También puede recibir ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación se mencionan dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

También puede recibir ayuda e información de MassHealth Standard (Medicaid)

Método	MassHealth (programa Medicaid de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-800-841-2900 Horario de atención: autoservicio disponible 24 horas al día en inglés y en español. Otros servicios disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Servicios de intérprete disponibles. El horario de atención del Centro de Inscripción de MassHealth (MEC por sus siglas en inglés) es de lunes a viernes, de 8:45 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-497-4648 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	MassHealth Enrollment Center P.O. Box 290794 Charlestown, MA 02129-0214
SITIO WEB	www.mass.gov/topics/masshealth

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

Método	My Ombudsman: información de contacto
LLAME AL	1-855-781-9898 Disponible de 9:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711
ESCRIBA A	My Ombudsman 11 Dartmouth Street Suite 301 Malden, MA 02148 Correo electrónico: info@myombudsman.org

Método	My Ombudsman: información de contacto	
SITIO WEB	www.myombudsman.org/	

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

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

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

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 ¿Debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O quiere hacer un reclamo?

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

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud relacionado con sus beneficios de **Medicare o Medicaid**, use este cuadro:

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

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

Sí. Mi problema está relacionado con beneficios o cobertura.

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

No. Mi problema no está relacionado con beneficios ni cobertura.

Consulte la Sección 11 al final de este capítulo "Cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes".

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

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

El proceso de solicitar decisiones de cobertura y apelaciones aborda problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe usar cuando tenga problemas tales como si un servicio está cubierto o no y la manera en que el servicio está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomaremos una decisión de cobertura siempre que decidamos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico perteneciente a la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) cada vez que usted recibe atención médica proporcionada por él o si su médico perteneciente a la red lo refiere a un especialista médico.

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si se niega a ofrecer atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medicaid para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede hacer una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho 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 de una decisión por primera vez, esto se conoce como apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que seguimos todas las reglas

de manera adecuada. Su apelación será gestionada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable inicial.

Le daremos nuestra decisión cuando hayamos concluido la revisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más tarde, puede solicitar una apelación expedita o "decisión rápida de cobertura" o apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la llevan a cabo Organizaciones de Revisión Independiente no relacionadas con nosotros.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a una Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. Le haremos saber si esto ocurre.
- En otras situaciones, necesitará solicitar una apelación de Nivel 2.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede avanzar a niveles adicionales de apelación.

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

¿Le gustaría obtener ayuda? Aquí presentamos algunos recursos que podría querer usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede llamarnos a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede **obtener ayuda gratis** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la **Sección 2** de este capítulo).
- Su médico u otro proveedor del cuidado de la salud pueden hacer una solicitud por usted.
 - En cuanto a la atención médica, su médico u otro proveedor del cuidado de la salud pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, será enviada automáticamente a Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de salud solicitan que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que necesite nombrar a su médico o a otro prescriptor como su representante para que actúe en su nombre.
 - Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, **debe** nombrar a su médico como su representante para que actúe en su nombre.
 - Para medicamentos recetados de Part D, su médico u otro prescriptor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar

cualquier apelación después del Nivel 2, debe nombrar a su médico o a otro prescriptor como su representante.

- Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre. Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Podría haber personas que ya estén legalmente autorizadas para actuar como su representante según las leyes estatales.
 - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor del cuidado de la salud u otra persona sean sus representantes, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario de "Designación de Representante" (este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.tuftsmedicarepreferred.org/forms). El formulario le otorga permiso a la persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- También tiene derecho a contratar a un abogado que actúe por usted. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados de la localidad o de otros servicios de referidos. También hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratis si cumple los requisitos. Sin embargo, no tiene la obligación de contratar un abogado para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se dan detalles para su situación?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, damos los detalles de cada uno en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación".
- Sección 7 de este capítulo "Sus medicamentos recetados de Part D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación".
- **Sección 8** de este capítulo "Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto".
- Sección 9 de este capítulo "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto" (esta sección aplica solo a estos servicios: servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También puede conseguir ayuda o información de

organizaciones gubernamentales tales como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (en el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto están los números de teléfono de este programa).

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



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo "Guía sobre lo básico de decisiones de cobertura y apelaciones"? Si no lo ha hecho, le recomendamos hacerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 En esta sección se informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le devolvamos dinero por atención que usted pagó

Esta sección está relacionada con sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios están descritos en el Capítulo 4 de este folleto "Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)". Para simplificarlo, generalmente, nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en vez de repetir "atención, tratamiento o servicios médicos" cada vez. El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos como también medicamentos recetados de Medicare Part B En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud por medicamentos recetados de Part B. En estos casos, explicaremos cómo las reglas para medicamentos recetados de Part B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

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

- 1. No recibe cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención.
- 2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor del cuidado de la salud desean ofrecerle y que usted cree que está cubierta por el plan.
- 3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debe cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos por esta atención.
- 4. Recibió y pagó atención o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos por el plan y quiere solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso por esta atención.
- 5. Se le comunica que la cobertura para cierta atención médica que ha obtenido y que aprobamos anteriormente se reducirá o cancelará y usted cree que reducir o cancelar esta atención podría afectar su salud.
 - NOTA: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a
 domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de
 Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF), debe leer otra sección de este

capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:

- Sección 8 de este capítulo "Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto".
- Sección 9 de este capítulo "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto". Esta sección trata solo sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).
- Para **todas las otras situaciones** que impliquen que le comuniquen que la atención médica que ha estado recibiendo será cancelada, use esta sección (**Sección 6**) como su guía para lo que debe hacer.

¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si cubriremos la atención médica que desea?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.
	Avance a la siguiente sección de este capítulo, Sección 6.2 .
¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico en la manera en que usted desea que lo cubramos y paguemos?	Puede presentar una apelación (esto quiere decir que nos pide una reconsideración). Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si le dijéramos que vamos a cancelar o a reducir un servicio médico que ya está recibiendo.	Es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación. Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos que le devolvamos dinero por atención médica que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2

Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o provea la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales

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

<u>Paso 1:</u> Solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "decisión rápida de cobertura".

Términos legales

Una "decisión rápida de cobertura" se llama "determinación integrada expedita".

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos u
 ofrezcamos cobertura para la atención médica que desea. Esto puede hacerlo usted, su médico
 o su representante.
- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica".

Generalmente, usamos los plazos estándar para darle nuestra decisión

Cuando le informemos de nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar", a menos que hayamos acordado usar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud por un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud.

 Para una solicitud por un artículo o servicio médico podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales si pide más tiempo, o si necesitamos información (como historias clínicas de proveedores del cuidado de la salud fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si

decidimos tomar días adicionales para decidir, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.

• Si cree que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas (el proceso para hacer un reclamo es distinto al proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Si su salud lo exige, solicite que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B, responderemos en un plazo de 24 horas.
 - Para una solicitud de un artículo o servicio médico podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores del cuidado de la salud fuera de la red) o si usted necesita tiempo para darnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
 - Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales (para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Para optar a una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura solo si está solicitando cobertura de atención médica que aún no ha recibido (no puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud está relacionada con pagos por atención médica que ya haya recibido).
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura solo si el uso de los plazos estándar pudiera causar daño grave a su salud o dañar su capacidad de funcionamiento.
- Si su médico le informa que su salud exige una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos darle una decisión rápida de cobertura automáticamente.
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico, decidiremos si su salud exige que le demos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que la afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta para indicarlo (y usaremos los plazos "estándar" en cambio).

- En esta carta se le informará que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, le daremos una decisión rápida de cobertura automáticamente.
- En la carta también se le informará cómo puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en vez de la decisión rápida de cobertura que solicitó (para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Generalmente, para una decisión rápida de cobertura respecto a una solicitud por artículo o servicio médico, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, responderemos en un plazo de 24 horas.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales en ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
 - Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas (para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay un período extendido al final de ese período) o de 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 a continuación, se indica cómo hacer una apelación.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué tomamos la decisión desfavorable.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura"

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura respecto a una solicitud por un artículo
 o servicio médico, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario desde que
 recibimos su solicitud. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, le
 daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud.
 - Para una solicitud por un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales ("un período extendido") en ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.

- Si cree que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas (para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay un período extendido al final de ese período) o de 72 horas si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 a continuación, se indica cómo hacer una apelación.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué tomamos la decisión desfavorable.

<u>Paso 3:</u> Si nuestra respuesta es desfavorable a su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y quizás cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para recibir la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que avanza al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección 6.3** a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan relacionada con una decisión de cobertura de atención médica se conoce como

"reconsideración integrada" del plan.

<u>Paso 1:</u> Se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación rápida".

Lo que debe hacer

• Para comenzar una apelación usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier fin relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica".

- Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud. También puede solicitar una apelación si nos llama al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1, "Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica".
 - Si alguien que no es su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de Representante que autorice a esta persona a representarlo. Si su médico u otro prescriptor solicitan que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que necesite nombrar a su médico o a otro prescriptor como su representante para que actúe en su nombre (para obtener el formulario, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario de "Designación de Representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explique su derecho a pedirle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Si va a solicitar una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1, "Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica".
- Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario desde la fecha que aparece en la notificación por escrito en la que enviamos nuestra respuesta de una decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación está retrasada cuando la haga. Es posible que le demos más tiempo para que haga su apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente para no cumplir el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proveemos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Puede solicitar una copia gratis de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.
 - o Tiene derecho a pedirnos una copia gratis de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden entregarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si lo requiere su salud, solicite una "apelación rápida" (nos puede llamar para hacer la apelación).

Términos legales

Una "apelación rápida" también se llama una "reconsideración expedita integrada".

- Si está haciendo una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, usted o su médico tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de cobertura (estas instrucciones se proporcionaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", se la daremos.

Si le dijimos que íbamos a cancelar o a reducir servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o cancelar la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos una notificación antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos
 cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días
 calendario a partir de la fecha del matasellos de nuestra carta o en la fecha prevista de entrada
 en vigor de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios, mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También continuará recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando analicemos su apelación, volveremos a revisar bien toda la información sobre su solicitud para cobertura de atención médica. Revisamos para asegurarnos que seguimos todas las reglas cuando negamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

 Cuando usamos los plazos rápidos, tenemos que responderle dentro de 72 horas después de recibir su apelación. Informaremos de nuestra respuesta antes, si su estado de salud así lo exige.

- Si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para decidir, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido si tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde lo revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos proveer en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta sobre una solicitud por un artículo o servicio médico en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación si es sobre cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación. Informaremos de nuestra decisión antes, si su estado de salud así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
 - Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas (para obtener más información sobre el proceso de hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo correspondiente antes indicado (o al final del período extendido dado que tomamos días adicionales en su solicitud por un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos proveer en un plazo de 30 días calendario, o en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud si es por un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que pidió, le enviaremos una carta.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le dirá que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta se le dirá cómo puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le dirá si el servicio o artículo normalmente está cubierto por Medicare o Medicaid o podría estar cubierto por ambos.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que normalmente está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que normalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente. También puede pedir una Audiencia Imparcial con el estado.

Si calificó para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 178 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente solo está cubierto por Medicare, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es acerca de un servicio que normalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema se trata de un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare. Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare escoge para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "archivo de caso". Tiene derecho a pedirnos una copia gratis de su archivo de caso.
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar la apelación.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación.

Si tuvo una "apelación rápida" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida con nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas desde que recibe su apelación.
- Si la solicitud es por un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión
 Independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, puede tomar hasta
 14 días calendario adicionales. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar
 días adicionales para tomar una decisión si la solicitud se relaciona con un medicamento
 recetado de Medicare Part B.

Si tuvo una apelación "estándar" en el Nivel 1, también tendrá una apelación "estándar" en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación estándar con nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 30 días calendario desde que recibió su apelación.

- Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, la organización de revisión debe darle la respuesta sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si la solicitud es por un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar días adicionales para tomar una decisión si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le dará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

• Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos:

oautorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas;

- proveer el servicio en un plazo de 14 días calendario siguientes a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las solicitudes estándar; o
- proveer el servicio en un plazo de 72 horas siguientes a la fecha en la que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para solicitudes expeditas.
- Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento recetado de Medicare Part B, debemos:
 - autorizar o proveer el medicamento recetado de Medicare Part B en discusión en un plazo de 72 horas siguientes a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las solicitudes estándar; o
 - en un plazo de 24 horas siguientes a la fecha en la que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las solicitudes expeditas.
- Si la respuesta de esta organización es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestro plan sobre que no se debería aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica (esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar la apelación").
 - o Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza la apelación de Nivel 2 y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información detallada sobre cómo hacer esto está en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 10 de este capítulo.

Términos legales

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" que evalúa los casos de Medicare es **''Entidad de Evaluación Independiente''**.

En ocasiones se denomina "IRE por sus siglas en inglés".

Si su problema se trata de un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre:

Paso 1: Puede pedir una Audiencia Imparcial con el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelación para los servicios que generalmente cubre Medicaid es una Audiencia Imparcial con el estado. Debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha en la que enviamos la carta de decisión de su apelación de Nivel 1. Le enviaremos una carta en la que le indicaremos dónde presentar su solicitud de audiencia.
- Si decide solicitar una apelación externa, debe enviar su solicitud de audiencia por escrito a la
 Junta de Audiencias en un plazo de 120 días calendario desde la fecha de envío de la
 notificación de rechazo de Tufts Health Plan Senior Care Options. El Departamento de
 Apelaciones y Quejas de Tufts Health Plan Senior Care Options puede ayudarlo con este
 proceso. Las solicitudes de audiencia se deben enviar a:

Executive Office of Health and Human Services Board of Hearings Office of Medicaid 100 Hancock Street, 6th floor Quincy, MA 02171 O por fax al 1-617-847-1204

- Cuando presenta una apelación ante la Junta de Audiencias, les enviaremos la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina "archivo de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional para respaldar su apelación a la Junta de Audiencias.

Paso 2: La oficina de la Audiencia Imparcial le dará una respuesta.

La oficina de la Audiencia Imparcial le dirá por escrito lo que decidió y le explicará los motivos correspondientes.

- Si la respuesta de la oficina de Audiencia Imparcial es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proveer el servicio o artículo en un plazo de 72 horas después de la recepción de la decisión de la oficina de Audiencia Imparcial.
- Si la respuesta de la oficina de Audiencia Imparcial es desfavorable a una parte o a la totalidad de la apelación, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica (esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar la apelación").

Si la decisión es desfavorable para una parte o la totalidad de lo que he pedido, ¿puedo apelar de nuevo?

Si la decisión de la Organización de Revisión Independiente o de la oficina de Audiencias Imparciales es desfavorable para una parte o para la totalidad de lo que usted solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

Si su apelación de Nivel 2 fue ante la **Organización de Revisión Independiente**, puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea equivale a una cierta cantidad mínima. La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. **En la carta que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le explicarán los derechos de apelación adicionales que posiblemente tenga.**

En la carta que recibirá de la oficina de la Audiencia Imparcial se le explicará la opción de apelación que sigue.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2, consulte la **Sección 10** de este capítulo.

Sección 6.5 ¿Qué ocurre si nos solicita que le hagamos una devolución del dinero que pagó por una factura que recibió por atención médica?

Tome en cuenta lo siguiente: Es posible que la siguiente sección no corresponda a su caso. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene desembolsos para los servicios cubiertos.

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 6 de este folleto "Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos". En el Capítulo 6 se describen las situaciones en las que puede necesitar pedir un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor del cuidado de la salud. También se explica cómo enviarnos el papeleo para la solicitud de pago.

Solicitarnos el reembolso significa solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura

Si nos envía el papeleo para solicitar el reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la **Sección 5.1** de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, revisaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4 "Cuadro de beneficios, lo que está cubierto")). También revisaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica (estas reglas se indican en el Capítulo 3 de este folleto "Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos").

Si desea que le hagamos un reembolso por un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que le paguemos a un proveedor del cuidado de la salud por un servicio o artículo de Medicaid que usted haya pagado, significa solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Revisaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4 "Cuadro de beneficios, lo que está cubierto"). También revisaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica (estas reglas se indican en el Capítulo 3 de este folleto "Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos").

Aceptaremos o no su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si la atención médica no está cubierta y no siguió las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que se indique que no pagaremos por los servicios y los motivos detallados (cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que no aceptar su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicito el pago y me dicen que no pagarán?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede hacer una apelación**. Si hace una apelación, significa que nos está solicitando cambiar la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga los procesos para apelaciones que describimos en la Sección 5.3 en este capítulo. Vaya a esta sección para ver las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si hace una apelación para reembolso, tenemos que informarle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación (si nos está solicitando el pago de una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago solicitado o enviarlo al proveedor del cuidado de la salud en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es favorable en cualquier período del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor del cuidado de la salud en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de Part D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo "Guía sobre lo básico de decisiones de cobertura y apelaciones"? Si no lo ha hecho, le recomendamos hacerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 7.1 En esta sección se informa sobre qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de Part D o si quiere que le hagamos una devolución de dinero por un medicamento de Part D que usted pagó

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan (la llamamos "Lista de medicamentos" para fines prácticos).

Para estar cubierto, el medicamento se debe usar por una indicación médicamente aceptada (una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5, Sección 3).

- Esta sección es solo sobre los medicamentos de Part D. Para simplificarlo, normalmente diremos "medicamento" en el resto de esta sección, en vez de repetir todas las veces "medicamento recetado cubierto para pacientes externos" o "medicamento de Part D".
- Para obtener detalles acerca de lo que queremos decir con medicamentos de Part D, las reglas y
 restricciones de la cobertura de la Lista de medicamentos y la información de costos, consulte el
 Capítulo 5 ("Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de Part D").

Decisiones de cobertura de Part D y apelaciones

Como se explica en la **Sección 5** de este capítulo, una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales

Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de Part D se llama "determinación de cobertura".

A continuación, hay algunos ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita hacer sobre sus medicamentos de Part D:

- Nos solicita hacer una excepción, lo que incluye lo siguiente:
 - Solicitar que se cubra un medicamento de Part D que no esté en la Lista de medicamentos del plan.
 - Solicitar que se exima una restricción de la cobertura del plan de un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si tiene cobertura para un medicamento o si cumple los requisitos de cobertura (por
 ejemplo, cuando el medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es necesario que
 lo aprobemos antes de cubrirlo).
 - NOTA: Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir como está escrito, la farmacia le dará una notificación por escrito para explicarle cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita el pago de un medicamento recetado que ya pagó. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el siguiente cuadro para ayudarlo a determinar qué parte tiene información sobre su situación:

¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eximamos una regla o restricción en un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos una excepción (este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple todas las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación anticipada) para obtener el medicamento que necesita.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si desea solicitarnos que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede solicitarnos el pago. (este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que desea que lo cubramos o lo paguemos.	Puede presentar una apelación. (esto quiere decir que nos pide una reconsideración).
	Vaya a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si no se cubre un medicamento de la manera que desearía que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos la solicitud de una excepción, puede apelar de nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro prescriptor tendrá que explicar los motivos médicos para necesitar la aprobación de la excepción. Luego consideraremos su solicitud. A continuación, hay dos ejemplos de excepciones que nos pueden solicitar usted, su médico u otro prescriptor:

1. Cobertura de un medicamento de Part D que no está en nuestra Lista de medicamentos.

Términos legales

Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, a veces, se conoce como solicitar una "excepción del Formulario".

2. **Retiro de una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas y restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección 4).

Términos legales

Solicitar el retiro de una restricción de cobertura para un medicamento, a veces, se conoce como solicitar una "excepción del Formulario".

- •Las reglas y restricciones adicionales de cobertura para ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
 - o Tener que usar la versión genérica de un medicamento en vez del medicamento de marca.

- Obtener la aprobación anticipada del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento (esto, a veces, se conoce como "autorización previa").
- Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos está solicitando (esto, a veces, se conoce como "terapia escalonada").
- Cantidad máxima. Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad de medicamento que puede recibir.

Sección 7.3 Elementos importantes que debe conocer cuando solicite excepciones

Su médico nos debe informar de los motivos médicos

Su médico u otro prescriptor deben darnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas distintas posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento sería igual de eficaz que un medicamento que está solicitando y no generaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, normalmente **no** aprobaríamos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o no su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, por lo general, nuestra autorización es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si nuestra respuesta es desfavorable para una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión con una apelación. En la Sección 7.5 de este capítulo se indica cómo hacer una apelación si rechazamos su solicitud.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> Nos solicita tomar una decisión de cobertura sobre medicamentos o pagos que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "decisión rápida de cobertura". No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos está solicitando que le devolvamos dinero por un medicamento que ya pagó.

Lo que debe hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para hacer su solicitud. Esto lo puede hacer usted, su representante o su médico (u otro prescriptor). También puede acceder al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Para obtener información detallada, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando pide una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de Part D". O si nos solicita que le devolvamos dinero por un medicamento que pagó, vaya a la sección denominada "Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos el costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido".
- Usted, su médico o alguien más que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 5.2 de este capítulo se explica cómo dar un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- Si desea solicitarnos que le devolvamos dinero por un medicamento que ya pagó, comience por leer el Capítulo 6 de este folleto "Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos". En el Capítulo 6 se describen las situaciones en las cuales podría necesitar solicitar un reembolso. También se explica cómo enviarnos el papeleo para solicitarnos que le devolvamos dinero por nuestra parte del costo de un medicamento que pagó.
- Si está solicitando una excepción, provea la "declaración de respaldo". Su médico u otro prescriptor debe entregarnos los motivos médicos para la excepción del medicamento que nos está solicitando. (a esto lo llamamos la "declaración de respaldo"). Su médico u otro prescriptor pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otro prescriptor pueden explicarnos por teléfono y enviar por fax o correo una declaración escrita si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte la Sección 7.2 y la Sección 7.3 de este capítulo.
- Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluso una solicitud enviada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS o en el formulario de nuestro plan, disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo exige, solicite que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

Términos legales

Una "decisión rápida de cobertura" se llama "determinación expedita de cobertura".

- Cuando le informemos de nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar", a menos que hayamos acordado usar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Para optar a una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura solo si la está solicitando para un medicamento que aún no haya recibido (no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le devolvamos dinero por un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura solo si el uso de los plazos estándar pudiera causar daño grave a su salud o dañar su capacidad de funcionamiento.
- Si su médico u otro prescriptor le informan que su salud exige una "decisión rápida de cobertura", automáticamente aceptaremos otorgarla.
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico ni de otro prescriptor, decidiremos si su salud exige que le demos una respuesta rápida de cobertura.
 - Si decidimos que la afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta para indicarlo (y usaremos los plazos "estándar" en cambio).
 - En esta carta se informará que, si su médico u otro prescriptor solicitan la decisión rápida de cobertura, se la daremos automáticamente.
 - En la carta también se informará cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en vez de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Se explica cómo presentar un "reclamo rápido", lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas después de haberlo recibido (el proceso para hacer un reclamo es distinto al proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para hacer reclamos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Si usamos los plazos rápidos, tenemos que informarle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas.
 - Por lo general, esto quiere decir en un plazo de 24 horas después de recibir la solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos de nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración del médico que respalda la solicitud. Informaremos de nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo exige.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en la **Sección 7.6** de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en la apelación de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, debemos
 proveer la cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de haber recibido su
 apelación o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le
 enviaremos una declaración por escrito en la que se explique el motivo de nuestra decisión y
 además le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura" sobre un medicamento que no ha recibido.

- Si usamos los plazos estándar, tenemos que informarle de nuestra respuesta en un plazo de 72 horas.
 - Por lo general, esto quiere decir 72 horas después de recibir la solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos de nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración del médico que respalda la solicitud. Informaremos de nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en la apelación de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado:
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos proveer la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique el motivo de nuestra decisión y además le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura" sobre el pago de un medicamento que ya compró.

- Debemos informarle de nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en la apelación de Nivel 2.

- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, tenemos, además, la obligación de pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir la solicitud.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le
 enviaremos una declaración por escrito en la que se explique el motivo de nuestra decisión y
 además le indicaremos cómo puede apelar.

<u>Paso 3:</u> Si damos una respuesta desfavorable a su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

• Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

que tomamos.

Términos legales

Una apelación al plan relacionada con una decisión de cobertura de medicamento de Part D se conoce como

"redeterminación" del plan.

<u>Paso 1:</u> Se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación rápida".

Lo que debe hacer

- Para comenzar una apelación, usted (o su médico, su representante u otro prescriptor) debe comunicarse con nosotros.
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo o a través de nuestro sitio web para cualquier fin relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de Part D".
- Si está solicitando una apelación estándar, preséntela por escrito. También puede solicitar una apelación si nos llama al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1, "Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de Part D".

- Si va a solicitar una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1, "Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de Part D'.
- Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluso una solicitud enviada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS, disponible en nuestro sitio web.
- Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario desde la fecha que aparece en la notificación por escrito en la que enviamos nuestra respuesta de una decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente para no cumplir el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.
 - o Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro prescriptor pueden entregarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo exige, debe solicitar una "apelación rápida".

Términos legales

Una "apelación rápida" también se llama una "redeterminación expedita".

- Si está haciendo una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro prescriptor tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura", indicados en la **Sección 7.4** de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

Cuando analizamos su apelación, volvemos a revisar bien toda la información sobre su
solicitud de cobertura. Revisamos para asegurarnos que seguimos todas las reglas cuando
negamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro
prescriptor para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, tenemos que responderle en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación. Informaremos de nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo exige.
 - Si no le respondemos en un plazo de 72 horas, tenemos la obligación de enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, debemos proveer la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué tomamos la decisión desfavorable y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándar, tenemos que responderle en un plazo de 7 días calendario
 después de recibir su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos
 de nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo
 exige. Si cree que su salud lo exige, debe solicitar una "apelación rápida".
 - Si no le informamos de nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proveer la cobertura que se acordó tan pronto como lo exija su salud, pero no más allá de 7 días calendario después de haber recibido su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de pago 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 desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique por qué tomamos la decisión desfavorable y cómo puede apelar nuestra decisión.

- Si nos está solicitando que le devolvamos dinero por un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
 - Si no le informamos de nuestra decisión en un plazo de 14 días calendario, tenemos la obligación de enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en la apelación de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, tenemos, además, la obligación de pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir la solicitud.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique el motivo de nuestra decisión y además le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> Si nuestra respuesta a su apelación es desfavorable, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y hacer otra apelación.

- Si nuestra respuesta a su apelación es desfavorable, entonces usted decide si acepta esta decisión o presenta otra apelación para continuar.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación avanza al Nivel 2 del proceso de apelación (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si nuestra respuesta a su apelación es desfavorable, entonces usted decide si acepta esta decisión o presenta otra apelación para continuar. Si decide avanzar al Nivel 2 de apelación, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la "Organización de Evaluación Independiente" es la "Entidad de Evaluación Independiente". En ocasiones se denomina "IRE por sus siglas en inglés".

<u>Paso 1:</u> Para hacer una apelación de Nivel 2, usted (su representante, su médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitarle una revisión de su caso.

- Si nuestra respuesta a su apelación de Nivel 1 es desfavorable, en la notificación por escrito
 que le enviaremos se incluirán las instrucciones sobre cómo hacer una apelación de Nivel 2
 con la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede
 hacer una apelación de Nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la
 organización de revisión.
- Cuando hace una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta
 organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina
 "archivo de caso". Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar la apelación.

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le informa de la respuesta.

- La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare. Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para que, junto con nosotros, revise nuestras decisiones sobre sus beneficios de Part D.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

Plazos para "apelaciones rápidas" en el Nivel 2

- Si su salud lo exige, debe solicitarle a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", debe responder su
 apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud de
 apelación.
- Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, debemos proveerle la cobertura del medicamento que aprobó la organización de revisión en un plazo de 24 horas después de haber recibido su decisión.

Plazos para "apelaciones estándar" en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 en **un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si nos está solicitando que le devolvamos dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

- Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado:
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos proveer la cobertura del medicamento que aprobó la organización de revisión en un plazo de 72 horas después de haber recibido su decisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud para devolverle dinero por un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su decisión.

¿Qué ocurre si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es desfavorable?

Si la respuesta de esta organización es desfavorable, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar la apelación"). Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando es muy bajo, no puede hacer otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. En la notificación que recibe de la Organización de Revisión Independiente se indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

<u>Paso 3:</u> Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza la apelación de Nivel 2 y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, la información detallada sobre cómo hacerlo está en la notificación por escrito que recibe después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía de paciente hospitalizado más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto

Si lo ingresan en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto "Cuadro de beneficios, lo que está cubierto".

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que lo den de alta del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que lo den de alta.

- El día que se va del hospital se llama "fecha de alta."
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital le informará dicha fecha.
- Si cree que le darán el alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización prolongada y se considerará su solicitud. En esta sección se explica cómo hacer la solicitud.

Sección 8.1 Durante su estadía como paciente hospitalizado, recibirá una notificación por escrito de parte de Medicare en la que se le informa de sus derechos

Durante su estadía hospitalaria cubierta, recibirá una notificación por escrito de Medicare llamada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los que pertenezcan a Medicare reciben una copia de esta notificación cuando se hospitalizan. Alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermera) debe darle esta notificación dentro de los dos días posteriores a su ingreso.

Si no recibe la notificación, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. **Lea esta notificación detenidamente y pregunte si no entiende algo.** Se le informa de sus derechos como paciente hospitalizado, por ejemplo:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho de conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
 - Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su hospitalización y saber quién la pagará.
 - Dónde informar cualquier inquietud que pueda tener sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar la decisión de alta si cree que está recibiendo el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

La notificación por escrito de Medicare explica cómo puede "solicitar una revisión inmediata". Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta, de manera que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo (en la Sección 8.2 a continuación se explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

- 2. Debe firmar la notificación por escrito para indicar que la recibió y entendió sus derechos.
 - Usted o alguien que actúa en su nombre deben firmar la notificación (la Sección 5.2 de este capítulo explica cómo darle un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
 - Firmar la notificación solo indica que recibió la información sobre sus derechos. La
 notificación no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital se la dirán). Firmar
 la notificación no significa que está aceptando una fecha de alta.
- 3. **Guarde una copia** de la notificación firmada para que tenga a mano la información sobre cómo hacer una apelación (o informar sobre una inquietud sobre calidad de atención) si la necesita.
 - Si firma la notificación más de dos días antes del día que recibe el alta, le darán otra copia antes de que se programe el alta.
 - Para ver una copia de esta notificación con anticipación, puede llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver esta notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos prolongar la cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, tendrá que usar los procesos de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.** A continuación, se explica cada etapa en los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- Cumplir los plazos. Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que se aplican a los pasos que debe realizar.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a
Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, organización gubernamental
que provee ayuda personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación. Revisará si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para conocer el estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

Una "revisión rápida" también se conoce como "revisión inmediata".

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

 Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización recibe pagos de Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para personas que pertenecen a Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

• La notificación por escrito que recibe (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) explica cómo comunicarse con esta organización (o busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe con rapidez:

- Para hacer una apelación se debe comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital, **a más tardar la medianoche de la fecha de alta** (la "fecha de alta planificada" es la fecha que se estableció para que deje el hospital).
 - Si cumple este plazo, tiene permitido permanecer en el hospital después de la fecha de alta sin pagar por ello mientras espera la decisión de la apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - Si no cumple con este plazo y decide permanecer hospitalizado después de su fecha de alta planificada, tendrá que pagar todos los costos por la atención hospitalaria que recibe después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente con nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Solicite una "revisión rápida":

 Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una "revisión rápida" de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que está solicitando a la organización que use los plazos "acelerados" para una apelación, en vez de usar los plazos estándar.

Términos legales

Una "revisión rápida" también se conoce como "revisión inmediata" o "revisión expedita".

<u>Paso 2:</u> La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para fines prácticos) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, conversarán con su médico y revisarán la información que el hospital o nosotros les hayamos dado.
- Al mediodía después del día que los revisores hayan informado a nuestro plan sobre su
 apelación, usted recibirá una notificación por escrito con la fecha de alta planificada y los
 motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado
 (médicamente apropiado) que le den el alta en dicha fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se conoce como "**Notificación de alta detallada**". Para obtener un ejemplo de esta notificación, puede llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplo de esta notificación en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

<u>Paso 3:</u> En un plazo de un día completo a partir del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tenga toda la información necesaria, le informarán de la decisión de su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es favorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es favorable, debemos seguir proporcionando los servicios cubiertos como paciente hospitalizado, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
- Tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué ocurre si la respuesta es desfavorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión sobre su apelación es desfavorable, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, terminará nuestra cobertura para sus servicios como paciente hospitalizado al mediodía después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado su respuesta de la apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión sobre su apelación es desfavorable y usted decide permanecer en el hospital, tendrá que pagar el costo completo de la atención hospitalaria que haya recibido después del mediodía del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado sobre la respuesta a su apelación.

<u>Paso 4:</u> Si la respuesta a la apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

• Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede hacer otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación **y** usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede hacer una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión que tomaron durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 2, tendrá que pagar el costo completo por su estadía después de la fecha de alta planificada.

Los siguientes son las etapas para el Nivel 2 del proceso de apelación:

<u>Paso 1:</u> Comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

• Debe solicitar esta revisión en **un plazo de 60 días calendario** después de que la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación de Nivel 1 sea desfavorable. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha de término de la cobertura de la atención.

<u>Paso 2:</u> La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

 Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar atentamente toda la información relacionada con la apelación.

<u>Paso 3:</u> En un plazo de 14 días calendario posteriores a su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es favorable:

- Debemos hacerle un reembolso de nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que
 recibió desde el mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la
 Calidad rechazó su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura de
 atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sea médicamente
 necesaria.
- Debe seguir pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es desfavorable:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En la notificación que recibirá se indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También se indicarán los detalles sobre cómo pasar al nivel siguiente de apelación, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o abogado mediador.

<u>Paso 4:</u> Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación al Nivel 3.

 Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede decidir si acepta esa decisión o si continúa con el Nivel 3 y presenta otra apelación. La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

• La **Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4 ¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar su apelación con nosotros, si desea.

Como se explicó anteriormente en la **Sección 8.2**, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación del alta hospitalaria ("rápidamente" significa antes de salir del hospital y a más tardar en la fecha de alta prevista, lo que ocurra primero). Si no cumple el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar la apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación a nosotros y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándar.

Términos legales

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama "**apelación expedita**".

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica".
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida"**. Esto quiere decir que nos pide que le demos una respuesta con los plazos "acelerados", en vez de hacerlo con los plazos "estándar".

<u>Paso 2:</u> Hacemos una "revisión rápida" de su fecha de alta planificada y vemos si es médicamente apropiada.

Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Revisamos si es
que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Revisamos si es que la decisión sobre
su alta del hospital es justa y si siguió todas las reglas.

• En esta situación, usaremos los plazos "acelerados" en vez de los plazos estándar para informarle de la respuesta sobre esta revisión.

<u>Paso 3:</u> Le informaremos de nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar la "revisión rápida" ("apelación rápida").

- Si nuestra respuesta sobre la apelación rápida es favorable, significa que estamos de acuerdo con usted sobre la necesidad de que permanezca en el hospital después de la fecha de alta y seguiremos cubriendo los servicios como paciente hospitalizado en la medida que sean médicamente necesarios. Además, quiere decir que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que indicamos que se acabaría la cobertura (debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- Si nuestra respuesta a su apelación es desfavorable, significa que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará a partir del día que indicamos que terminaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta planificada, tendrá que pagar todo el costo de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

<u>Paso 4:</u> Si nuestra respuesta a su apelación rápida es desfavorable, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

 Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando negamos la apelación rápida, tenemos la obligación de enviar la apelación a una "Organización de Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, quiere decir que pasará al Nivel 2 del proceso de apelación en forma automática.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Durante el Nivel 2 de apelación, una **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando no aprobamos su "apelación rápida". Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la "Organización de Evaluación Independiente" es la "Entidad de Evaluación Independiente". En ocasiones se denomina "IRE por sus siglas en inglés".

<u>Paso 1:</u> Enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente en forma automática.

• Tenemos la obligación de enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas desde que le informamos que rechazaríamos la primera apelación (si considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, puede hacer un reclamo. El proceso de reclamo es distinto al proceso de apelación. En la Sección 11 de este capítulo se indica cómo hacer un reclamo).

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de la apelación. Los revisores le informan de la respuesta en un plazo de 72 horas.

- La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es un organismo del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare escoge para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.
- Si la respuesta de esta organización a su apelación es favorable, debemos reembolsarle (devolverle dinero que usted gastó) nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. Debemos seguir proporcionando la cobertura del plan para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sean médicamente necesarios. Deberá seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que podríamos reembolsar o el tiempo que podríamos seguir con la cobertura de los servicios.
- Si la respuesta de la organización a su apelación es desfavorable, significa que están de acuerdo con nosotros sobre que la fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
 - En la notificación que recibirá de la Organización de Revisión Independiente se indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También se indicarán los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o abogado mediador.

<u>Paso 3:</u> Si la Organización de Revisión Independiente rechaza la apelación, usted decide si quiere avanzar con el proceso.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede decidir si acepta la decisión o si continúa con el Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La **Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 9.1 Esta sección abarca solo tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)

Esta sección es solo sobre los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica a domicilio que esté recibiendo.
- Atención de enfermería especializada que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada (para conocer los requisitos para ser considerado en un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 11 "Definiciones de palabras importantes").
- Atención de rehabilitación que esté recibiendo como paciente de un Centro de Rehabilitación
 Integral para Pacientes Externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que
 está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una
 cirugía mayor (para obtener más información acerca de este tipo de centro, consulte el Capítulo 11
 "Definiciones de palabras importantes").

Si recibe alguno de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención en la medida que la atención se necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, como su parte del costo y cualquier limitación de cobertura que se pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto "Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)".

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar** *su atención*.

Si cree que terminaremos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

1. **Recibirá una notificación por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá una notificación.

- En la notificación por escrito se le comunicará la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
- También se le informará lo que puede hacer si desea que nuestro plan cambie esta decisión sobre cuándo terminar su atención y seguir cubriéndola por un período más largo.

Términos legales

La notificación por escrito le comunica lo que puede hacer y, al mismo tiempo, cómo puede solicitar una "apelación rápida". Solicitar una apelación rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura sobre cuándo terminar su atención (en la **Sección 9.3** a continuación se informa cómo solicitar una apelación rápida).

La notificación por escrito se conoce como "Notificación de no Cobertura de Medicare".

- 2. Le pediremos que firme la notificación por escrito para indicar que la recibió.
 - Usted o alguien que actúa en su nombre deben firmar la notificación (la Sección 5.2 de este capítulo explica cómo darle un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
 - Firmar la notificación solo indica que recibió la información sobre cuándo se terminará su
 cobertura. Firmarla no implica que está de acuerdo con el plan con respecto a que es
 momento de dejar de recibir atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra la atención por más tiempo

Si desea que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.** A continuación, se explica cada etapa en los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- Cumplir los plazos. Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que se aplican a los pasos que debe realizar. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir (si considera que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección 11 de este capítulo se indica cómo hacerlo).
- Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a
 Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este
 folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, organización
 gubernamental que provee ayuda personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si desea cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Cómo presentar su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica que paga el
gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la
atención de salud recibida por las personas que son beneficiarias de Medicare y revisan
decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención
médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

 En la notificación por escrito que recibió se le indica cómo comunicarse con esta organización (o busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debería solicitar?

• Solicite una "apelación rápida" a esta organización (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente adecuado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia de la Notificación de No Cobertura de Medicare.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y todavía desea presentar una apelación, puede hacerlo directamente con nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

<u>Paso 2:</u> La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para fines prácticos) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le entregó nuestro plan.

 Al final del día los revisores nos informarán sobre su apelación y también le enviaremos una notificación por escrito para explicarle con detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Términos legales

Esta explicación de la notificación se llama "Explicación detallada de no cobertura".

<u>Paso 3:</u> En un plazo de un plazo de un día después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, deberemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, puede haber límites para sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué ocurre si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le comunicamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en la notificación.
- Si decide seguir recibiendo la atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) después de la fecha en que termine su cobertura, entonces tendrá que pagar el costo completo de esta atención.

<u>Paso 4:</u> Si la respuesta a la apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que la cobertura de su atención haya terminado, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra la atención por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo atención después de que la cobertura de su atención haya terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el

Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión que tomaron durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, podría tener que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) **después** de la fecha en la que informamos que terminaría su cobertura.

Los siguientes son las etapas para el Nivel 2 del proceso de apelación:

<u>Paso 1:</u> Comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días después de la fecha en la que la
Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya rechazado su apelación de Nivel 1.
Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en la que terminó la cobertura de su atención.

<u>Paso 2:</u> La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

• Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar atentamente toda la información relacionada con la apelación.

<u>Paso 3:</u> En un plazo de 14 días desde haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización revisora acepta su apelación?

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le comunicamos que se terminaría la cobertura. **Deberemos seguir proporcionando cobertura** para la atención por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización revisora rechaza su apelación?

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- En la notificación que recibirá se indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También se indicarán los detalles sobre cómo pasar al nivel siguiente de apelación, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o abogado mediador.

<u>Paso 4:</u> Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede decidir aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.
- La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5 ¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar su apelación con nosotros, si desea.

Como se explicó anteriormente en la **sección 9.3**, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (en un plazo de un día o dos, como máximo). Si no cumple el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar la apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación a nosotros y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándar.

A continuación detallamos los pasos de una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama "**apelación expedita**".

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su atención médica".
- Asegúrese de solicitar una "revisión rápida". Esto quiere decir que nos pide que le demos una respuesta con los plazos "acelerados", en vez de hacerlo con los plazos "estándar".

<u>Paso 2:</u> Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, revisaremos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificaremos si cumplimos todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar la cobertura del plan para sus servicios cuando los estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en vez de los plazos estándar para entregarle la respuesta de esta revisión.

<u>Paso 3:</u> Le informaremos de nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar la "revisión rápida" ("apelación rápida").

- Si aceptamos su apelación rápida, esto significa que estamos de acuerdo con usted respecto a que necesita servicios por más tiempo y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. Además, quiere decir que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que indicamos que se acabaría la cobertura (debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- Si rechazamos su apelación rápida, su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos a partir de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería
 especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)
 después de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura, entonces tendrá que
 pagar el costo completo de esta atención.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

 Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando negamos la apelación rápida, tenemos la obligación de enviar la apelación a una "Organización de Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, quiere decir que pasará al Nivel 2 del proceso de apelación en forma automática.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es la "Entidad de Revisión Independiente". En ocasiones se denomina "IRE por sus siglas en inglés".

<u>Paso 1:</u> Enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente en forma automática.

• Tenemos la obligación de enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas desde que le informamos que rechazaríamos la primera apelación (si considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, puede hacer un reclamo. El proceso de reclamo es distinto al proceso de apelación. En la Sección 11 de este capítulo se indica cómo hacer un reclamo).

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de la apelación. Los revisores le informan de la respuesta en un plazo de 72 horas.

- La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es un organismo del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare escoge para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación.
- Si esta organización acepta su apelación, entonces deberemos reembolsarle (devolverle dinero por un pago que hizo) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le comunicamos que se terminaría la cobertura. También deberemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que podríamos reembolsar o el tiempo que podríamos seguir con la cobertura de los servicios.
- Si esta organización rechaza su apelación, esto significa que está de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto de su primera apelación y no la cambiará.
 - En la notificación que recibirá de la Organización de Revisión Independiente se indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se darán los detalles sobre cómo continuar con una apelación de Nivel 3.

<u>Paso 3:</u> Si la Organización de Revisión Independiente rechaza la apelación, usted decide si quiere avanzar con el proceso.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede decidir aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.
- La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a Nivel 3 y superior

Sección 10.1 Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que apeló cumple ciertos niveles mínimos, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién puede comunicarse y qué puede hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles:

Apelación de Un juez (llamado juez de Derecho Administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán la apelación y le informarán de la respuesta.

- Si el juez de Derecho Administrativo o abogado mediador aceptan su apelación, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin. Decidiremos si llevaremos esta apelación a Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar con respecto a una decisión de Nivel 3 que es favorable para usted.
 - Si decidimos no apelar la decisión, deberemos autorizar o proveerle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de Derecho Administrativo o abogado mediador.

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel
 4 junto con cualquier documento acompañante. Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en conflicto.
- Si el juez de Derecho Administrativo o abogado mediador rechazan su apelación, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de Derecho Administrativo o abogado mediador rechazan la apelación, en la notificación que recibirá se indicará lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es favorable, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una solicitud de Nivel 3, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin; decidiremos si llevaremos esta apelación a Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar con respecto a una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
 - Si decidimos no apelar la decisión, deberemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - o Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- Si la respuesta es desfavorable o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que recibirá le informará si las reglas permiten que continúe con una apelación de Nivel 5. Si las reglas permiten que avance, en la notificación por escrito también se indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación. **Nivel 5**

• Esta es la última etapa del proceso de apelación.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencia Imparcial le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación. Para obtener más detalles, consulte la Sección 6.4 (página 181).

Sección 10.3 Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Part D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor del medicamento por el cual apeló es de cierta cantidad en dólares, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no podrá seguir apelando. La respuesta por escrito que recibirá por su apelación de Nivel 2 explicará con quién puede comunicarse y qué puede hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles:

Apelación de Nivel 3

Un juez (llamado juez de Derecho Administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán la apelación y le informarán de la respuesta.

- Si la respuesta es sí, el proceso de apelación llega a su fin. Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos autorizar o proveer la cobertura de medicamentos que fue aprobada por el juez de Derecho Administrativo o abogado mediador en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- Si la respuesta es no, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de Derecho Administrativo o abogado mediador rechazan la apelación, en la notificación que recibirá se indicará lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

• Si la respuesta es sí, el proceso de apelación llega a su fin. Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada

por el Consejo en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

- Si la respuesta es no, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin.
 - o Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, en la notificación que recibirá se informará si las reglas permiten que continúe con una apelación de Nivel 5. Si las reglas permiten que avance, en la notificación por escrito también se indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación. **Nivel 5**

• Esta es la última etapa del proceso de apelación.

SECCIÓN 11 Cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección no es para usted. En cambio, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas resuelve el proceso de reclamo?

En esta sección se explica cómo usar el proceso para hacer reclamos. Este proceso de reclamo se usa solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de la atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación hay algunos ejemplos de problemas solucionados por el proceso de reclamo.

Si tiene cualquier de estos tipos de problemas, puede "hacer un reclamo".

Reclamo Ejemplo	
Calidad de su atención médica	• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en un hospital)?
Respeto por su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que cree que debería ser confidencial?

Evidencia de Cobertura 2021 de Tufts Health Plan Senior Care Options 22 Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Reclamo	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	 ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? ¿Está disconforme con cómo lo trató Relaciones con el Cliente? ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	 ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla? ¿Lo han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro personal de Relaciones con el Cliente u otros departamentos del plan?
	 Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, para conseguir una receta o en la sala de examen.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio de un médico?
Información que le entregamos	 ¿Cree que no le hemos entregado una notificación que debemos entregarle? ¿Cree que la información escrita que le entregamos es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas	El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones de la 4 a la 10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presenta una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de reclamo.
con decisiones de cobertura y apelaciones).	Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos con la suficiente prontitud, también puede hacer un reclamo sobre nuestra lentitud. Aquí hay algunos ejemplos:
	 Si nos solicitó que le entreguemos una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida" y la rechazamos, puede hacer un reclamo. Si cree que no cumplimos los plazos para entregarle una decisión de cobertura o responder a una apelación que presentó, puede hacer un reclamo.

Reclamo	Ejemplo	
	 Cuando una decisión de cobertura que tomamos es revisada y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, hay plazos que se aplican. Si considera que no cumplimos estos plazos, puede hacer un reclamo. Cuando no le entregamos una decisión a tiempo, se nos exige que enviemos su caso a una Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo exigido, puede hacer un reclamo. 	

Sección 11.2 El nombre formal de "hacer un reclamo" es "presentar una queja"

Términos legales

- Lo que esta sección denomina "reclamo" también se conoce como "queja".
- Otro término para "hacer un reclamo" es "presentar una queja".
- Otra forma de decir "usar el proceso de reclamo" es "usar el proceso para presentar una queja".

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo hacer un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- Normalmente, llamar a Relaciones con el Cliente es el primer paso. Relaciones con el Cliente le hará saber si debe hacer algo más. Llame a Relaciones con el Cliente al 1-855-670-5934 (TTY 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
- Si no desea llamar (o llamó y no se sintió satisfecho), puede escribir su queja y enviárnosla. Si escribe su reclamo, responderemos por escrito.

• Puede presentar una queja en cualquier momento. Puede hacerlo llamando a Relaciones con el Cliente al 1-855-670-5934 (TTY 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. También puede presentar una queja por escrito si la envía por correo a: Tufts Health Plan Senior Care Options, Attn: Appeals & Grievances Department, P.O. Box 9193, Watertown, MA 02471-9193. También puede enviarla por escrito por fax al: 1-617-972-9516.

Acusaremos recibo de su queja una vez que la recibamos.

- También tiene derecho a presentar una queja expedita que podría incluir un reclamo sobre el rechazo de Tufts Health Plan Senior Care Options de acelerar una determinación de la organización, determinación de cobertura, reconsideración o redeterminación, o solicitar una extensión del plazo para una determinación de la organización o reconsideración. El plazo para que Tufts Health Plan Senior Care Options responda es de 24 horas desde la recepción de su reclamo.
- Ya sea que nos llame o escriba, debe comunicarse de inmediato con Relaciones con el Cliente. Puede presentar el reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema del cual quiere reclamar.
- Si hace un reclamo porque rechazamos su solicitud por una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", le otorgaremos automáticamente un "reclamo rápido". Si tiene un "reclamo rápido", significa que le entregaremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales

Lo que esta sección denomina "reclamo rápido" también se conoce como "queja expedita".

Paso 2: Revisamos su reclamo y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que le entreguemos una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud exige que respondamos rápido, lo haremos.
- Se responde a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si necesita más información y el retraso lo beneficia o si pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario (44 días calendario en total) en responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.
- Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su reclamo o no nos hacemos responsables del problema por el cual está reclamando, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

Sección 11.4 También puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede hacer su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso anteriormente descrito paso a paso.

Cuando su reclamo está relacionado con la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- Puede hacer su reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si lo prefiere, puede hacer su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (sin hacer un reclamo ante nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare.
 - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el
 Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si hace un reclamo ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su reclamo.
- O puede hacer su reclamo ante ambas entidades al mismo tiempo. Si lo desea, puede hacer su reclamo sobre la calidad de atención ante nosotros y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informar a Medicare y MassHealth (Medicaid) sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes o si cree que el plan no aborda su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Puede presentar un reclamo sobre Tufts Health Plan Senior Care Options en cualquier momento directamente ante MassHealth (Medicaid). Puede hacer esto llamando al Centro de Servicio 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 11.6 Reclamos relacionados con paridad en la salud mental

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención administrada, que incluye a Tufts Health Plan Senior Care Options, provean servicios de salud conductual a miembros de MassHealth Standard (Medicaid) en la misma manera en que proporcionan servicios de salud física. Esto es lo que se conoce como "paridad". En general, esto significa que:

- 1. Tufts Health Plan Senior Care Options debe proveer el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental y consumo de sustancias que pueda tener, al igual que para otros problemas físicos que pueda tener;
- Tufts Health Plan Senior Care Options debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento similares para servicios de salud mental y consumo de sustancias al igual que para los servicios de salud física;
- 3. Tufts Health Plan Senior Care Options debe proveerles a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica usados por Tufts Health Plan Senior Care Options para la autorización previa al recibir su solicitud o la de su proveedor; y
- 4. Tufts Health Plan Senior Care Options también debe proveerle en un plazo de un plazo razonable el motivo del rechazo de autorización de servicios de salud mental o consumo de sustancias.

Si cree que Tufts Health Plan Senior Care Options no proporciona paridad como se explicó anteriormente, tiene derecho a presentar una queja ante Tufts Health Plan Senior Care Options. Para obtener más información sobre quejas y cómo presentarlas, revise la sección anterior de este capítulo sobre cómo hacer un reclamo.

CAPÍTULO 9

Fin de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción		227	
Sección 1.1	n 1.1 Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan		
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía del plan?	227	
Sección 2.1	Es posible que pueda finalizar su membresía porque es beneficiario de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid)	227	
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual	228	
Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage	229	
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial	230	
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?		
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía del plan?	231	
Sección 3.1	Normalmente, su membresía del plan finaliza cuando se inscribe en otro plan	231	
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	233	
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	233	
SECCIÓN 5	Tufts Health Plan Senior Care Options debe finalizar su membresía del plan en ciertas situaciones	234	
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?	234	
Sección 5.2	No podemos pedirle que abandone nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud		
Sección 5.3	Tiene derecho a hacer un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan	236	

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Finalizar su membresía en Tufts Health Plan Senior Care Options puede ser **voluntario** (es su elección) o **involuntario** (no es su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que desea hacerlo.
 - Hay solo ciertos períodos durante el año, o ciertas situaciones, donde puede voluntariamente cancelar su membresía en el plan. En la Sección 2 se informa cuándo puede finalizar su membresía en el plan. En la Sección 2 se informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
 - El proceso para finalizar su membresía voluntariamente varía en función de qué tipo de cobertura elija. La Sección 3 le informa cómo finalizar su membresía en cada situación.
- Hay también situaciones limitadas en que no elige abandonarlo, pero en que estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 lo informa sobre las situaciones en que debe finalizar su membresía.

Si abandonará nuestro plan, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía del plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante ciertos períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también podría ser elegible para abandonar el plan en otros períodos del año.

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su membresía porque es beneficiario de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid)

La mayoría de los beneficiarios de Medicare puede finalizar su membresía solo durante ciertos períodos del año. Ya que es beneficiario de MassHealth Standard (Medicaid), es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar el siguiente período para finalizar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede usar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, los beneficiarios de Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. En la Sección 2.2 se entrega más información sobre el Período de inscripción anual.

- ¿A qué tipo de plan puede cambiarse? Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - o Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Tome en cuenta lo siguiente: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura "acreditable" de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en Part D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante (cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

Comuníquese con MassOptions para aprender más sobre las opciones de planes de MassHealth (Medicaid) (los números de teléfono se indican en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

• ¿Cuándo finalizará su membresía? Su membresía normalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar plan. Su inscripción en un nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Este es el período en que debería revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

• ¿Cuándo es el período de inscripción anual? Este ocurre desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

- ¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el período de inscripción anual? Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan:
 - Otro plan de salud de Medicare (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - o Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare; u
 - o Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe "Extra Help" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Tome en cuenta lo siguiente: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en Part D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante (cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

Comuníquese con MassOptions para aprender más sobre las opciones de planes de MassHealth (Medicaid) (los números de teléfono se indican en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

• ¿Cuándo finalizará su membresía? Su membresía finalizará el 1 de enero cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- ¿Cuándo es el período de inscripción abierta de Medicare Advantage? Esto ocurre cada año desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- ¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage? Durante este período, usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.

• ¿Cuándo finalizará su membresía? Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o posterior a que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, también podría ser elegible para finalizar su membresía en otros períodos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

- ¿Quién es elegible para un período de inscripción especial? Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso, puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - o Normalmente, cuando se muda.
 - Si es beneficiario de MassHealth Standard (Medicaid).
 - o Si es elegible para el programa "Extra Help" con pago por sus recetas de Medicare.
 - Si infringimos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, tal como una casa de reposo u hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de Asistencia Integral del Anciano (PACE por sus siglas en inglés).
- ¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial? Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- ¿Qué puede hacer? Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan:
 - Otro plan de salud de Medicare (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - o Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare; u
 - Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 Si recibe "Extra Help" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente,

Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Tome en cuenta lo siguiente: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en Part D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante (cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

• ¿Cuándo finalizará su membresía? Su membresía normalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción su solicitud de cambiar de plan.

Tome en cuenta lo siguiente: Las Secciones 2.1 y 2.2 dan más detalles sobre el Período de inscripción especial para beneficiarios de MassHealth Standard (Medicaid) y Extra Help.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o si le gustaría obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y usted 2021*.
 - Todas las personas afiliadas a Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño.
 Quienes son nuevos en Medicare lo recibirán un mes después de la inscripción.
 - o También puede descargar una copia en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa si llama a Medicare al número que se indica a continuación.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía del plan?

Sección 3.1 Normalmente, su membresía del plan finaliza cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para finalizar su membresía a nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha elegido un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que cancelen su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede solicitar que cancelen su inscripción:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Relaciones con el Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- --*o*-- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
	Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience la cobertura del plan nuevo.
Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare; u	Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
	Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience la cobertura del plan nuevo.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:

Esto es lo que debe hacer:

- Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que haya rechazado la inscripción automática.
 - Si cancela la inscripción de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más seguidos sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción en el plan.
 - Comuníquese con Relaciones con el Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- También puede comunicarse con Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Se cancelará su inscripción en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), comuníquese con MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. El horario de atención del Centro de Inscripción de MassHealth (MEC) es de lunes a viernes, de 8:45 a.m. a 5:00 p.m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de MassHealth (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si abandona el plan Tufts Health Plan Senior Care Options, podría pasar algo de tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigor su nueva cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) (consulte la

Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas médicas hasta que finalice su afiliación a nuestro plan. Normalmente, sus medicamentos recetados estarán cubiertos solo si los surte una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su estadía hospitalaria normalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Tufts Health Plan Senior Care Options debe finalizar su membresía del plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Tome en cuenta lo siguiente: Si la pandemia de la COVID-19 continúa durante el año de beneficios 2021, es posible que la siguiente sección no se aplique a usted debido al mandato del estado de mantener inscritos a ciertos miembros no elegibles durante la pandemia.

Tufts Health Plan Senior Care Options debe finalizar su membresía del plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no es beneficiario de Medicare Part A o Part B.
- Si ya no es elegible para MassHealth Standard (Medicaid). Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está dirigido a personas elegibles tanto para Medicare como para MassHealth Standard (Medicaid). Si pierde su elegibilidad para los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), Tufts Health Plan Senior Care Options seguirá proveyendo atención durante el tiempo en que sea razonablemente probable que recupere la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) en un plazo de un mes. Continuaremos su membresía durante el resto del mes en que recibamos notificación de MassHealth (Medicaid) sobre su pérdida de elegibilidad, junto con un mes calendario adicional. Si recupera la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) durante este período, no finalizaremos su membresía.
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje extenso, debe llamar a Relaciones con el Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan (los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión)

- Si no es un ciudadano estadounidense ni tiene residencia legal en Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otro seguro del cual es beneficiario que provee cobertura de medicamentos recetados. Tome en cuenta lo siguiente: Los miembros que tienen otro seguro de salud integral que no sea Medicare no son elegibles para la SCO, sin importar si mienten al respecto o no.
- Si nos entrega información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (no podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera problemática que nos dificulta proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica (no podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía debido a este motivo, Medicare podría solicitar que el Inspector General investigue su caso.
- Si se le exige pagar la cantidad adicional de Part D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare finalizará su membresía a nuestro plan.

¿Dónde puede conseguir más información?

Si tiene alguna pregunta o si le gustaría obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

• Puede llamar a **Relaciones con el Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud

Tufts Health Plan Senior Care Options no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan debido a 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. Puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a hacer un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede buscar información sobre cómo hacer un reclamo en el Capítulo 8, Sección 11.

CAPÍTULO 10

Notificaciones legales

Capítulo 10. Notificaciones legales

SECCIÓN 1	Notificación sobre leyes vigentes	239
SECCIÓN 2	Notificación sobre no discriminación	239
SECCIÓN 3	Notificación sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare	239
SECCIÓN 4	Notificación sobre la relación entre Tufts Health Plan Senior Care Options y los proveedores	240
SECCIÓN 5	Notificación sobre el Artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible	240

SECCIÓN 1 Notificación sobre leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y podrían aplicarse algunas disposiciones adicionales porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y deberes, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas al amparo de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que reside.

SECCIÓN 2 Notificación sobre no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer 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 contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otro motivo.

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

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

SECCIÓN 3 Notificación sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y el deber de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las normativas de los CMS en los artículos 422.108 y 423.462 del Código de Reglamentos Federales 42 (42 CFR), Tufts Health Plan Senior Care Options, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las normativas de los CMS en las subpartes B hasta D de la parte 411 de 42 CFR, y los reglamentos establecidos en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Notificación sobre la relación entre Tufts Health Plan Senior Care Options y los proveedores

Tufts Health Plan Senior Care Options provee cobertura para servicios de atención de salud. Tufts Health Plan Senior Care Options no provee servicios de atención de salud. Tufts Health Plan Senior Care Options sostiene acuerdos contractuales con proveedores que ejercen en centros y consultorios privados a lo largo del área de servicio. Estos proveedores son independientes. No son empleados ni representantes de Tufts Health Plan Senior Care Options. Los proveedores no están autorizados a cambiar esta *Evidencia de Cobertura* o suponer o crear alguna obligación para Tufts Health Plan Senior Care Options que contradiga esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Notificación sobre el Artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan:

- Provee ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratis para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-855-670-5934 (TTY 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proveyó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:

Tufts Health Plan, Attention:

Civil Rights Coordinator, Legal Dept. 705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472

Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000 número de TTY: 1-800-439-2370 o 711

Español: 1-866-930-9252 Fax: 1-617-972-9048

Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

Ciudadano Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

CAPÍTULO 11

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Tome en cuenta lo siguiente: Las referencias al costo compartido en las definiciones que figuran a continuación no se aplican a los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options. Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene desembolsos para los servicios cubiertos.

Apelación: una apelación es una medida que usted debe tomar si está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud, medicamentos recetados o pago por servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de cancelar servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. En el Capítulo 8 se explican las apelaciones, incluido el proceso que implica presentar una apelación.

Área de servicio: área geográfica donde el plan de salud acepta miembros si limita la membresía según dónde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que puede usar, también limitan normalmente el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan podría cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) ofrecidos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación provistos de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar enfermeras registradas o un médico.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o ciertos medicamentos que podrían estar o no estar en nuestro Formulario. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen la "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen la "autorización previa" de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de salud a domicilio: un auxiliar de salud en el hogar provee servicios para los que no se necesitan las habilidades de una enfermera certificada o terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los auxiliares de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proveen terapia.

Cancelar o **cancelación de inscripción:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (no ser su decisión).

Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo que presentó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad estándar por la prima y una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado

con el Ingreso (IRMAA). La IRMAA es un cargo adicional de su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, entonces la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Cantidad máxima: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Se puede limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de ofrecer servicios quirúrgicos para pacientes externo que no necesitan hospitalización y cuya estadía esperada no excede las 24 horas.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF): centro que provee principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y provee una amplia variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patologías del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, como mínimo, un equivalente a la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare pueden, generalmente, conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse después en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, sustancias biológicas y algunos suministros no cubiertos por Medicare Part A o Part B para pacientes externos.

Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC): un empleado del Punto de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP) que se certificó y que reúne los requisitos para participar en un Equipo de Atención Primaria (PCT).

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren a las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier cantidad de deducible que puede imponer un plan antes de que cubra servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de "copago" que exige un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de "coaseguro", es decir, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se podría aplicar una "tarifa diaria de costos compartidos" cuando su médico recete un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos para usted y se le exige pagar un copago.

Cuidado supervisado: el cuidado de relevo es cuidado personal provisto en una casa de reposo, hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado supervisado es cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no tienen capacitación o habilidades profesionales, por ejemplo, ayuda para las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, levantarse o acostarse, sentarse o levantarse de una silla, desplazarse e ir al baño.

También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas es capaz de hacer por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado supervisado. El cuidado supervisado está cubierto por MassHealth Standard (Medicaid).

Desembolsos: consulte la definición anterior de "costos compartidos". El requisito que establece que un miembro debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de "desembolso" del miembro.

Determinación de cobertura: decisión acerca de si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, de haberla, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le indica que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se conocen como "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 8 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación integrada de la organización: el plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto tiene que pagar por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se conocen como "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 8 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

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

Equipo de Atención Primaria (PCT): el equipo, incluidos el Gerente de Atención del miembro, médico de atención primaria, especialistas y otro personal de apoyo que trabajan juntos para coordinar y proveer la atención médica, atención de salud conductual y servicios comunitarios de apoyo del miembro.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico indicado por su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Evidencia de Cobertura (EOC) y divulgación de información: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, qué debe hacer, sus derechos y qué debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, de ser aprobada, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel menor de costos compartidos (una excepción del nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

Extra Help: programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia en la que miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta *Evidencia de Cobertura*, la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: un miembro al que le quedan 6 meses de vida, o menos, tiene derecho a elegir hospicio. Nosotros, su plan, debemos proveerle una lista de centros de hospicio en su área geográfica. Si elige recibir cuidados de hospicio y continúa pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, al igual que los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de hospicio proveerá tratamiento especial para su situación.

Hospitalización: una hospitalización es cuando lo ingresan formalmente al hospital para servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un "paciente externo".

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de consulta. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5, Sección 3.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tengan discapacidad, ceguera o sean mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): 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 los medicamentos de marca como los genéricos.

MassHealth Standard (Medicaid) (o ayuda médica): programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de MassHealth Standard (Medicaid) varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención de salud están cubiertos si usted cumple los requisitos de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid). Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con MassHealth Standard (Medicaid) en su estado.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos

genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta después de que haya expirado la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que garantiza que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de Part D: medicamentos que pueden estar cubiertos por Part D. Podríamos ofrecer o no ofrecer todos los medicamentos de Part D (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 Part D.

Medicare: el programa de seguro de salud federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante renal). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de un plan Original Medicare, PACE o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona beneficiaria de MassHealth Standard (Medicaid) y Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por MassHealth Standard (Medicaid) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto del desembolso máximo: el monto máximo de los desembolsos que paga durante el año calendario por servicios cubiertos de Part A y Part B. Debe continuar con el pago de las primas de Medicare Part B (a menos que MassHealth Standard (Medicaid) u otro tercero paguen por la prima de Part B). Las cantidades que paga por las primas del plan, primas de Medicare Part A y Part B y por los medicamentos recetados no se incluyen en su monto del desembolso máximo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de MassHealth Standard (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre su monto del desembolso máximo.

Multa por inscripción tardía en Part D: cantidad agregada a su prima mensual de cobertura de medicamentos de Medicare si pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, como mínimo, un equivalente a la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados). Usted paga esta cantidad más alta durante el tiempo que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Extra Help" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados, no pagará la multa por inscripción tardía. Si pierde la Extra Help, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más en forma consecutiva sin Part D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento que figura en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos

compartidos, más alto será el costo del medicamento. Los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options no son responsables por los costos compartidos de medicamentos cubiertos.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare de "pago por servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de cantidades establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud. Puede atenderse con cualquier médico, hospital u otro proveedor del cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Part A (seguro hospitalario) y Part B (seguro médico) y está disponible en todos los estados de los Estados Unidos.

Part C: consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".

Part D: consulte "Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D)"

Período de beneficio: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de centro de enfermería especializada (SNF) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza uno nuevo. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de cobertura catastrófica: el período en el beneficio de medicamentos de Part D en que usted paga un copago o coaseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o terceros calificados en su nombre hayan gastado \$4,130 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período fijo cada año durante el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en que puede inscribirse en Medicare Part A y Part B. 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, que incluye el mes en que cumple 65 años, y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con elegibilidad doble: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que aceptaron tratar a miembros del plan a cambio del pago de una cantidad especificada. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios, ya sea que los reciba de proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro generalmente serán más altos cuando proveedores fuera de la red proporcionen los beneficios del plan. Los planes de PPO tienen un límite anual en sus desembolsos para servicios que reciba de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en sus desembolsos totales para servicios de proveedores (preferidos) de la red y proveedores (no preferidos) fuera de la red.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que sostiene contratos con Medicare para proveer beneficios de Part A y Part B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, programas piloto o de demostración y Programas de Asistencia Integral del Anciano (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces conocido como Medicare Part C. Es un plan ofrecido por una empresa privada que sostiene contratos con Medicare para proveerle todos sus beneficios de Medicare Part A y Part B. Un plan Medicare Advantage puede ser de Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés), PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS por sus siglas en inglés) o un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA por sus siglas en inglés) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados. Todos los que tienen Medicare Part A y Part B son elegibles para unirse a cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Asistencia Integral del Anciano) combina servicios médicos, sociales y de cuidados a largo plazo (LTC) para personas frágiles con el objeto de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en vez de mudarse a una casa de reposo) durante el tiempo que sea posible, mientras obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) a través del plan.

Plan para Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en inglés) institucional equivalente: Plan para Necesidades Especiales institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención institucional basado en la evaluación estatal. Se debe realizar la evaluación con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal respectiva y debe ser administrada por una entidad además de la organización que ofrece el plan. El tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de vida asistida (ALF por sus siglas en inglés) contratado de ser necesario para garantizar la entrega uniforme de atención especializada.

Plan para Necesidades Especiales (SNP) institucional: plan para necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Estos centros LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), centro de enfermería (NF por sus siglas en inglés), (SNF/NF), centro de atención intermedia para pacientes con retraso mental (ICF/MR por sus siglas en inglés) o un centro psiquiátrico para paciente hospitalizado. Un Plan para Necesidades Especiales institucional para atender a residentes de

centros de LTC beneficiarios de Medicare debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o ser dueño de estos y operarlos).

Plan para Necesidades Especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que provee cuidado de la salud más centrada en grupos específicos de personas, como aquellas que son beneficiarias tanto de MassHealth Standard (Medicaid) como de Medicare, que residen en una casa de reposo o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Póliza de "Medigap" (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que ofrecen compañías de seguros privadas para cubrir las "brechas" de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare (un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, una aseguradora o un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Programa de descuentos del Período sin cobertura de Medicare: programa que provee descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por Part D a los miembros de Part D quienes han alcanzado el Período sin cobertura y no reciben "Extra Help". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esto, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Prótesis y órtesis: estos son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor del cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del organismo, incluidos suministros de ostomía o terapia nutricional enteral o parenteral.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y en algunos casos para coordinar y proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red conforme a los acuerdos que tenga con los proveedores o si los proveedores aceptan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. También podríamos referirnos a los proveedores de la red como "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no empleados, de propiedad u operados por nuestro plan o no están contratados para ofrecerle servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de este folleto se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Proveedor primario de cuidados médicos (PCP): su proveedor primario de cuidados médicos es el médico u otro proveedor al que consulta en primera instancia para la mayoría de los problemas de salud. Esta persona se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores del cuidado de la salud acerca de su atención y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor primario de cuidados

médicos antes de consultar con cualquier otro proveedor del cuidado de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información sobre los proveedores primarios de cuidados médicos.

Punto de Acceso de Servicios para Personas Mayores (ASAP): una entidad que sostiene contratos con la Executive Office of Elder Affairs para administrar el Programa de Atención a Domicilio y proporcionar a las personas mayores acceso a servicios y ayudas a largo plazo.

Queja integrada: tipo de reclamo que usted presenta sobre nosotros o farmacias, incluso un reclamo relacionado con la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago.

Reclamo: el nombre formal de "hacer un reclamo" es "presentar una queja". Este proceso de reclamo se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de la atención, tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "queja" en la lista de definiciones.

Referido: la aprobación del PCP de un miembro para recibir atención de otro profesional del cuidado de la salud, normalmente un especialista, para tratamiento o consulta.

Relaciones con el Cliente: departamento de nuestro plan encargado de responder preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 o la contratapa de este folleto para obtener información sobre cómo comunicarse con Relaciones con el Cliente, también conocido como Servicios al Cliente.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Part A y Part B.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se proveen para tratar enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son de emergencia, que requieren una atención médica inmediata. Proveedores de la red o fuera de la red pueden prestar los servicios de urgencia, si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles.

Subsidio para bajos ingresos (LIS por sus siglas en inglés): consulte "Extra Help".

Tarifa de despacho: tarifa cobrada cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La tarifa de despacho cubre costos tales como el tiempo que el farmacéutico tarda en preparar y empacar la receta.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización para la que se le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes de que cubramos el medicamento que su médico podría haber recetado inicialmente.



Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

Tufts Health Plan:

- Provee ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Provee servicios lingüísticos gratis para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proveyó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja 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: 711)

Fax: 1-617-972-9048

Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

Ciudadano Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

www.thpmp.org/sco | 1-855-670-5934 (TTY: 711)

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 5934-670-855-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Chinese: 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 1-855-670-5934 (TTY: 711)。 : توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. : Farsi برید. (TTY: 711) فراهم می باشد. با تماس بگیرید.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-670-5934 (TTY: 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Greek: ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Japanese: 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。 1-855-670-5934 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Khmer (Cambodian): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-670-5934 (TTY: 711)

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-670-5934 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-670-5934 (ТТҮ: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-670-5934 (TTY: 711).

Relaciones con el Cliente de Tufts Health Plan Senior Care Options

Método	Relaciones con el Cliente: Información de contacto
LLAME AL	1-855-670-5934
	Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711
	Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9487
ESCRIBA A	Tufts Health Plan Senior Care Options ATTN: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181
SITIO WEB	www.thpmp.org/sco

SHINE (Al servicio de las necesidades de información de salud para todos) (SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratis sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

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

Declaración de divulgación en virtud de la PRA: Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de recopilación de información, a menos que dicha solicitud exhiba un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés). El número de control vigente de la OMB para esta solicitud de recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, puede escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

