Del 1.°de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP)

Este documento proporciona detalles sobre la atención médica, los servicios de atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad, y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y MassHealth (Medicaid) desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 866-610-2273. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Este plan, CCA Senior Care Options, es ofrecido por Commonwealth Care Alliance, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Commonwealth Care Alliance, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa CCA Senior Care Options).

Los beneficios pueden cambiar el 1.° de enero de 2025.

El vademécum, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los afiliados afectados con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- su plan, CCA Senior Care Options, tiene una prima de $0 y un costo compartido de $0;
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H2225_24_EOC_C

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence: 29 de febrero de 2024)

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas son gratuitas.

Servicios de intérpretes de diferentes idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-610-2273 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-610-2273 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-610-2273 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-610-2273 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-610-2273 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-610-2273 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-610-2273 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-610-2273 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-610-2273 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами

переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-610-2273 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-610-2273 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-610-2273 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-610-2273 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-610-2273 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-610-2273 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-610-2273 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますござぃます。通訳をご用命になるには、1-866-610-2273 (TTY 711) にお電話くださぃ。日本語を話す人 者 が支援ぃたします。これは無料のサー ビスです。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-610-2273 (TTY 711) પર કૉલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian:
ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອ້ງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສັຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំនួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬថ្នាំរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-610-2273 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

Evidencia de cobertura de 2024

Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro*.....5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué hace que sea elegible para ser un miembro del plan?.....8
SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá 10
SECCIÓN 4 No tiene costos de desembolso directo como miembro de CCA Senior Care Options.....12
SECCIÓN 5 Mantener actualizado su registro de membresía del plan.....15
SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....17

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 18

SECCIÓN 1 Contactos de CCA Senior Care Options (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio para miembros) 19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa de Medicare Federal).....23
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....25
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 26
SECCIÓN 5 Seguro Social 27
SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid) 28
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados.....31
SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios. 32
SECCIÓN 9 Puede recibir asistencia de la Línea de asesoramiento de enfermería33
SECCIÓN 10 Puede recibir asistencia de agencias para adultos mayores 34

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*.....47

SECCIÓN 1 Lo que tiene que saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan.....48
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios.....50
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia médica o una necesidad de atención médica de urgencia o durante un desastre 56
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios? 60

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 61
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 63
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos 64

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)* 67

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos 68
SECCIÓN 2 Consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto 68
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 149

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D* 153

SECCIÓN 1 Introducción 154
SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos de receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan 155
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben aparecer en la “Lista de medicamentos” del plan 159
SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos .. 161
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que quisiera? 163
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura se modifica para uno de sus medicamentos? 166
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan? 168
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 170
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 170
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos 172
SECCIÓN 11 Le enviamos informes para explicar los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 174

CAPÍTULO 6: *Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos* 177

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos 178
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o pago de una factura que recibió 180
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o la rechazaremos 186

CAPÍTULO 7: *Sus derechos y responsabilidades* 188

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 189

SECCIÓN 2 Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan 204

CAPÍTULO 8 *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)* 206

SECCIÓN 1 Introducción 207

SECCIÓN 2 Dónde recibir más información y asistencia personalizada 208

SECCIÓN 3 Comprender el proceso de reclamos y apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan 209

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones 209

SECCIÓN 5 Una guía de los principios básicos de decisiones de cobertura y apelaciones 210

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 214

SECCIÓN 7 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 227

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el proveedor de atención médica le está dando de alta demasiado pronto 238

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto 247

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 254

SECCIÓN 11 Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los períodos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes 257

SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid) 262

SECCIÓN 13 Cómo denunciar fraude, uso indebido o abuso 264

CAPÍTULO 9: *Finalización de su membresía en el plan* 267

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan 268

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan? 268

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía con nuestro plan? 272

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 274

SECCIÓN 5 CCA Senior Care Options debe finalizar su membresía en el plan en ciertos casos 274

CAPÍTULO 10: *Avisos legales* 277

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 278
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 278
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare 280
SECCIÓN 4 Quién recibe pagos conforme a este contrato 280
SECCIÓN 5 Notificaciones 280
SECCIÓN 6 Información a petición 280
SECCIÓN 7 Aviso de ciertos eventos 281
SECCIÓN 8 Nueva tecnología 281

CAPÍTULO 11: *Definiciones de palabras importantes* 282

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en CCA Senior Care Options, que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)

Está cubierto tanto por Medicare como por MassHealth (Medicaid):

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal (insuficiencia renal) en etapa terminal.
- **MassHealth (Medicaid)** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de MassHealth (Medicaid) varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tiene. Algunas personas con MassHealth (Medicaid) obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen la cobertura de servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener su atención médica y cobertura de medicamentos recetados de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan, CCA Senior Care Options. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

CCA Senior Care Options es un plan Medicare Advantage especializado (un “plan de necesidades especiales” de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. CCA Senior Care Options está diseñado para personas que tienen Medicare y también tienen derecho a recibir asistencia de MassHealth (Medicaid).

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid) con su costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. MassHealth (Medicaid) también le brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica, incluida la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad y algunos medicamentos recetados que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. CCA Senior Care Options lo ayudará a administrar todos estos beneficios para que obtenga los servicios de atención médica y la asistencia con el pago a los que tiene derecho.

CCA Senior Care Options es dirigido por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado

por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de la Oficina Central de Salud y Servicios Humanos de MassHealth (Medicaid) de la Commonwealth of Massachusetts para coordinar sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Nos complace brindar su cobertura de atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluida su cobertura para medicamentos recetados, atención a largo plazo y servicios en el hogar y la comunidad.

La cobertura en virtud de este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de los individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener atención médica, atención a largo plazo, servicios en el hogar y la comunidad, y medicamentos recetados de Medicare y MassHealth (Medicaid). Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga usted como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica, la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad, y los medicamentos recetados a su disposición como miembro de CCA Senior Care Options.

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios que tiene disponibles. Le recomendamos que dedique un tiempo a revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo cubre su atención CCA Senior Care Options. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en la cobertura o condiciones que la afecten. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en CCA Senior Care Options entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los beneficios de CCA Senior Care Options después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CCA Senior Care Options cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año mientras decidamos seguir ofreciendo el plan y tanto Medicare como Commonwealth of Massachusetts renueven su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué hace que sea elegible para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare

-- **y** -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3. a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella;

-- **y** -- sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos;

-- **y** -- cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

- Tener 65 años o más.
- Estar inscrito en MassHealth Standard (Medicaid).
- No tener ninguna otra cobertura de seguro de salud integral que cumpla con un estándar de beneficio básico, aparte de Medicare.
- Vivir en su hogar o en un centro de atención a largo plazo (el miembro no puede estar hospitalizado en un hospital de rehabilitación o para pacientes crónicos ni residir en un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual).

También puede calificar si es elegible para la Exención para ancianos frágiles (Frail Elder Waiver, FEW). Para obtener información sobre el programa FEW, comuníquese con Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) al 1-800-243-4636 (TTY 1-800-439-2370).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad en el plazo de un (1) mes, sigue siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura durante un período de elegibilidad continua estimada).

Sección 2.2 ¿Qué es MassHealth (Medicaid)?

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal, que ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, existen programas que se ofrecen a través de MassHealth (Medicaid) para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para los beneficios de MassHealth [Medicaid] [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son SLMB también son elegibles para los beneficios de MassHealth [Medicaid] [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas con discapacidades y trabajadoras calificadas (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para CCA Senior Care Options

CCA Senior Care Options se encuentra disponible solo para las personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Massachusetts*:* Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

Si planifica mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con MassHealth y preguntar cómo afectará a sus beneficios de MassHealth (Medicaid) este traslado. Encontrará los números de teléfono de MassHealth (Medicaid) en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o salud de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residente legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a CCA Senior Care Options si usted no es elegible para seguir siendo miembro conforme a este requisito. CCA Senior Care Options debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de MassHealth (Medicaid). A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta membresía para que vea cómo será la suya:

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de CCA Senior Care Options, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Tal vez le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios de un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales), o para participar en estudios de investigación clínica (también llamados ensayos clínicos) aprobados por Medicare.

Si daña, pierde o le roban su tarjeta de membresía del plan, llame a Servicios para miembros de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestros proveedores de la red, farmacias y proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, farmacias, proveedores de equipamiento médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si recurre a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones incluyen servicios de emergencia, servicios por necesidad de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CCA Senior Care Options autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

El **Directorio de proveedores y farmacias** enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el **Directorio de proveedores y farmacias** para encontrar la farmacia de la red en la que quiera comprar los

medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no pertenecen a la red del plan.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.ccama.org.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede pedir una copia (en formato electrónico o físico) a Servicios para miembros. Las solicitudes de Directorios de proveedores y farmacias impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*. Nosotros la llamamos la "Lista de medicamentos", para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D que se incluyen en CCA Senior Care Options. Los medicamentos que figuran en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de proveedores de atención médica y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de CCA Senior Care Options.

La Lista de medicamentos también le informa si hay reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la "Lista de medicamentos". Para obtener la información más actualizada y completa sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan www.ccama.org o llamar a Servicios para miembros.

SECCIÓN 4 No tiene costos de desembolso directo como miembro de CCA Senior Care Options

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos de "desembolso directo" por los servicios, suministros y medicamentos recetados cubiertos. Usted no paga nada por los servicios, suministros y medicamentos recetados cubiertos por CCA Senior Care Options.

Sección 4.1 Prima del plan

Nota especial: Todas las referencias a "primas" y "cambios en las primas" de esta Sección 4 se relacionan con las primas de Medicare. Como miembro de CCA Senior Care Options, MassHealth (Medicaid) paga sus primas de Medicare y eso no cambiará.

Usted **no** paga una prima mensual por separado de CCA Senior Care Options.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó antes en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para MassHealth Standard (Medicaid) y para las Partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CCA Senior Care Options, MassHealth (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si MassHealth (Medicaid) no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) de la Parte D no se aplica siempre que mantenga su estado de doble elegibilidad. No obstante, si pierde ese estado, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Cobertura de medicamentos recetados acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos recetados acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Han transcurrido menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de Recursos Humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede

enviarse por carta o incluirse en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Nota:** La notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
- **Nota:** *No* son acreditables las tarjetas de descuento para medicamentos, las clínicas gratuitas y las páginas web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina el importe de la multa. Así es como funciona:

- En primer lugar, cuenta el número de meses completos que ha retrasado la inscripción a un plan de medicamentos de Medicare después de haber cumplido los requisitos para inscribirse. O cuenta el número de meses completos en los que no tuvo una cobertura acreditable de medicamentos recetados si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- A continuación, Medicare determina el importe de la prima mensual media de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para el 2024, el monto de la prima promedio fue de $34.70. Este monto puede cambiar para 2025.
- Para calcular su multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería un 14 % por $34.70, lo que equivale a $4.858. Esto se redondea a $4.90. Este monto se añadiría a **la prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual media puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este importe es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar un monto adicional, Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le informará cuál será el monto adicional. El importe adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Gestión de Personal, independientemente de cómo pague normalmente la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el importe adicional que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el importe adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el importe adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para los medicamentos recetados. Como miembro de CCA Senior Care Options, sus primas del plan son de $0, sus deducibles del plan son de $0 y sus responsabilidades de costos compartidos son de $0.**

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

SECCIÓN 5 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos, y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido que le corresponden**. Los miembros de CCA Senior Care Options tienen montos de costos compartidos de $0. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener la información actualizada.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, una compensación laboral o MassHealth [Medicaid]). Para ser elegible para CCA Senior Care Options, no puede tener ningún seguro médico integral que no sea Medicare.
- Si hay alguna demanda de responsabilidad civil, como una demanda por un accidente de tránsito.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su responsable designado (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos al respecto llamando a Servicios para miembros.

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

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

Si tiene cambios para informar a MassHealth (Medicaid), puede comunicarse con ellos a través de alguna de las siguientes maneras:

- Por teléfono: al 1-800-841-2900 (TTY 1-800-497-4648)
- Por fax: al 1-857-323-8300

- Por correo postal: Health Insurance Processing Center
  P.O. Box 4405
  Taunton, MA 02780

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Nota especial: Es posible que esta sección no se aplique a usted porque la inscripción en CCA Senior Care Options está restringida a los miembros que no tienen ningún otro seguro médico integral.

Medicare exige que obtengamos su información sobre otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto es para poder coordinar otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la otra cobertura de seguro médico, como la cobertura separada de seguro dental u oftalmológico, o de medicamentos, de la que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no tiene que hacer nada más. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no aparece indicada, llame a Servicios para miembros.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud colectiva del empleador), hay reglas que establece Medicare que deciden si paga primero nuestro plan o el otro seguro que tiene. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si quedan costos no cubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estos tipos de cobertura en general pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro a todo riesgo (incluido el seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil).
- Beneficios de enfermedad del minero.
- Compensación del trabajador.

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de CCA Senior Care Options (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio para miembros)

Cómo contactarse con Servicios para miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con los reclamos o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para miembros de CCA Senior Care Options. Nos complacerá ayudarlo.

Método	Información de contacto de Servicios para miembros
TELÉFONO	866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	617-426-1311
POR CORREO	Commonwealth Care Alliance, Inc. Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.ccama.org

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar decisiones de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos recetados de la Parte D
TELÉFONO	866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	857-453-4517
POR CORREO	Commonwealth Care Alliance, Inc. Appeals and Grievances Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.ccama.org

Cómo contactarnos cuando presente un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluido un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no implica conflictos de pago o cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]).*

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica
TELÉFONO	866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	857-453-4517
POR CORREO	Commonwealth Care Alliance, Inc. Appeals and Grievances Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre CCA Senior Care Options directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos el costo de la atención médica o un medicamento que recibió

Si ha recibido una factura o pagado servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 6 *(Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos).*

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

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
TELÉFONO	866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	617-426-1311
POR CORREO	Commonwealth Care Alliance, Inc. Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.ccama.org

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia tiene contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
SITIO WEB	www.Medicare.gov

Método	Información de contacto de Medicare
	Este es el sitio web oficial para Medicare. Le da información actualizada acerca de Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información acerca de hospitales, residencias con servicios de enfermería, médicos, agencias de salud domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en Massachusetts. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción, con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** proporciona información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un **estimado** de cuáles serían sus costos de desembolso directo en los diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga de CCA Senior Care Options: • **Informe a Medicare acerca de su reclamo:** Puede presentar un reclamo sobre CCA Senior Care Options directamente ante Medicare. Para enviar un reclamo a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores local pueden ayudarlo a visitar este sitio web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare al número para hacerles saber acerca de qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana; los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el programa SHIP se llama SHINE (servicio para las necesidades de seguro de salud de todos [**S**erving the **H**ealth **I**nsurance **N**eeds of **E**veryone]).

SHINE es un programa estatal independiente (que no está conectado con ninguna aseguradora ni plan de salud), que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del programa SHINE pueden ayudarlo a entender sus derechos con Medicare, a presentar reclamos sobre su atención médica o tratamiento, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarlo con preguntas o problemas con Medicare, y a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP] en el medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Información de contacto para el programa SHINE (SHIP de Massachusetts)
TELÉFONO	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-439-2370 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
POR CORREO	Llame al número anterior para encontrar la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad designada para los beneficiarios de Medicare de cada estado. En Massachusetts, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben un pago de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Debe contactarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura de su hospitalización está finalizando demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto.

Método	Información de contacto de KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Massachusetts)
TELÉFONO	888-319-8452 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. De sábado a domingo, de 11 a.m. a 3 p.m. Servicio de correo de voz disponible las 24 horas. Hay servicios de traducción disponibles para los beneficiarios y cuidadores.
TTY	711 (MassRelay)
POR CORREO	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes que tienen 65 años o más, 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. Para solicitar Medicare, tiene que llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

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

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

Método	Información de contacto del Seguro Social
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada, y realizar algunas operaciones, las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid)

MassHealth es el nombre del programa Medicaid de Massachusetts. MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, existen programas que se ofrecen a través de MassHealth (Medicaid) para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para los beneficios de MassHealth [Medicaid] [QMB+]).

- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son SLMB también son elegibles para los beneficios de MassHealth [Medicaid] [SLMB+]).

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de MassHealth (Medicaid). Para ser elegible para nuestro plan, debe tener MassHealth Standard (Medicaid), además de cumplir con otros requisitos de elegibilidad. Para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad, consulte la **Sección 2.1: Sus requisitos de elegibilidad,** en el **Capítulo 1**.

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tendrá costos de desembolso directo para sus servicios de atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid). MassHealth (Medicaid) también le brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica, incluida la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad y algunos medicamentos recetados que generalmente no están cubiertos por Medicare. CCA Senior Care Options lo ayudará a administrar todos estos beneficios para que pueda recibir los servicios de atención médica y ayuda con el pago a los que tiene derecho.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de MassHealth (Medicaid), comuníquese con:

Método	Información de contacto de MassHealth (programa Medicaid de Massachusetts)
TELÉFONO	1-800-841-2900 Autoservicio disponible las 24 horas del día en inglés y en otros idiomas. Otros servicios disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-497-4648 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
POR CORREO	MassHealth Customer Service One Ashburton Place Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.mass.gov/orgs/masshealth

Mi Programa de Defensoría (My Ombudsman Program) ayuda a las personas inscritas en MassHealth (Medicaid) que tienen problemas en el servicio o la facturación. Puede ayudarlo a interponer un reclamo o apelar ante nuestro plan. También pueden ayudar a las personas a obtener información sobre hogares de convalecencia y resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familias.

Método	**Información de contacto del programa My Ombudsman**
TELÉFONO	1-855-781-9898 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	711 339-224-6831 (Videollamada para personas sordas o con problemas auditivos)
POR CORREO	25 Kingston St, 4th FL Boston, MA 02111 info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

El Programa de Defensoría de atención a largo plazo (LTC) ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familias.

Método	**Información de contacto del Programa de Defensoría de atención a largo plazo de Massachusetts, A Bridge to Quality Care**
TELÉFONO	1-800-243-4636
TTY	711
POR CORREO	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5th Floor Boston, MA 02109
SITIO WEB	https://www.mass.gov/service-details/ombudsman-programs

MassOptions es un recurso gratuito que vincula a personas mayores, personas con discapacidades, cuidadores y familiares con los servicios que lo ayudan a usted o a un ser querido a vivir de manera independiente en el entorno de su elección. MassOptions ayuda a que las personas eviten la frustración de tener que llamar a diferentes agencias y explorar distintas redes.

Método	**Información de contacto de MassOptions**
TELÉFONO	1-800-243-4636 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
TTY	711 MassOptions trabaja con un intérprete telefónico para las personas sordas, y con dificultades auditivas y del habla que desean comunicarse con nosotros.
SITIO WEB	www.massoptions.org Chat en línea a su disposición haciendo clic en el enlace anterior.

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

El sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que pueden ayudar, los cuales se describen a continuación.

Programa de Ayuda adicional (“Extra Help”) de Medicare

Debido a que es elegible para MassHealth Standard (Medicaid), usted califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a:

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

Si cree que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido cuando obtiene un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas. Los miembros de CCA Senior Care Options tienen un monto de costo compartido de $0 para medicamentos recetados.

- Para obtener más información o ayuda, llame a Servicios para miembros.
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto de $0 cuando surta la siguiente receta en la farmacia. Si paga un excedente de su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su excedente de pago. Si la farmacia no le cobró el copago y registra su copago como deuda suya, haremos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, haremos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros.

SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que le informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 9 a.m. a 3 p.m. Si presiona “1,” puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 Puede recibir asistencia de la Línea de asesoramiento de enfermería

Si necesita información y asesoría médica o de salud mental, CCA Senior Care Options le brinda acceso a un profesional de atención médica especializado de guardia las 24 horas. Cuando llame, un enfermero registrado o un médico de salud mental responderá sus preguntas relacionadas con la salud general y el bienestar. Tienen acceso a su Plan de atención individualizado y pueden brindarle asesoramiento clínico con respecto a sus necesidades físicas o emocionales. Si tiene una necesidad de salud urgente, pero no es una emergencia, puede llamar a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para realizar preguntas médicas, de salud mental y sobre el consumo de sustancias.

Método	Información de contacto de la Línea de asesoramiento de enfermería
TELÉFONO	866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hay servicios de interpretación disponibles de forma gratuita.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

SECCIÓN 10 Puede recibir asistencia de agencias para adultos mayores

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

- **Puntos de Acceso a Servicios para Personas Mayores** Los Puntos de Acceso a Servicios para Personas Mayores (Aging Services Access Points, ASAP) son puntos de ingreso de un solo paso para todos los servicios y beneficios disponibles para adultos mayores en Massachusetts. Estas agencias proporcionan información, solicitudes, servicios directos y remisiones.
- **Consejos de la Tercera Edad/Centros para Personas Mayores** Los Consejos de la Tercera Edad (Councils on Aging, COA) son organizaciones locales de voluntarios que ofrecen información y servicios directos a personas mayores, sus cuidadores y otras personas con problemas de envejecimiento. Los COA son parte del gobierno local y trabajan con otras agencias para personas mayores y departamentos de la ciudad para ofrecer programas sociales, recreativos, de salud, de seguridad y educativos para personas mayores en sus comunidades.
- **MassOptions.org** es un sitio web donde los adultos mayores y sus familias pueden obtener información sobre programas y servicios para adultos mayores en Massachusetts. Es un servicio de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts.

Para obtener información sobre cualquiera de estas agencias, llame a MassOptions al 1-800-243-4636 (TTY: 711) o visite su sitio web en www.massoptions.org.

Los servicios para personas mayores del centro norte de Massachusetts proporcionan información integral y servicios de calidad para que las personas mayores, las personas con discapacidades y sus familias puedan tomar decisiones personalizadas que garanticen una vida de dignidad, seguridad y respeto. **Área de servicio:** Ashburnham, Ashby, Ayer, Berlín, Bolton, Clinton, Fitchburg, Gardner, Groton, Hubbardston, Lancaster, Leominster, Lunenburg, Princeton, Pepperell, Shirly, Sterling, Templeton, Townsend, Westminster y Winchendon.

Método	Información de contacto de los Servicios para personas mayores del centro norte de Massachusetts
TELÉFONO	800-734-7312 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
TTY	978-514-8841 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.agingservicesma.org

BayPath Elder Services, Inc. ofrece atención domiciliaria y servicios relacionados que permiten que las personas vivan de forma independiente y cómoda en sus hogares, y a la vez promueven su bienestar y dignidad. **Área de servicio:** Ashland, Dover, Framingham, Holliston, Hopkinton, Hudson, Marlborough, Natick, Northborough, Sherborn, Southborough, Sudbury, Wayland y Westborough.

Método	Información de contacto de Bay Path Elder Services, Inc.
TELÉFONO	508-573-7200 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	711 (MassRelay)
Sitio web	www.Baypath.org

Boston Senior Home Care vincula a los adultos mayores y las personas con discapacidades con programas y servicios que los ayudan a vivir de forma independiente en sus propios hogares y comunidades. También brindan apoyo, información y recursos a los cuidadores de familiares, amigos o seres queridos. **Área de servicio:** Beacon Hill, Boston, Charlestown, Dorchester, Downtown, East Boston, North End, South Boston, South Cove y West End.

Método	Información de contacto de Boston Senior Home Care
TELÉFONO	617-451-6400 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	617-451-6404 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.Bshcinfo.org

Bristol Elder Services, Inc. brinda y promociona servicios en la comunidad que promueven la independencia y la dignidad de todas las personas mayores y con discapacidades. **Área de servicio:** Attleboro, Berkley, Dighton, Fall River, Freetown, Mansfield, North Attleboro, Norton, Raynham, Rehoboth, Seekonk, Somerset, Swansea, Taunton y Westport.

Método	Información de contacto de Bristol Elder Services, Inc.
TELÉFONO	508-675-2101 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	711 (MassRelay) 508-646-9704 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.bristolelder.org

Central Boston Elder Services, Inc. proporciona servicios de atención a corto y largo plazo diseñados para ayudar a que las personas mayores y con discapacidades sean independientes y permanezcan en sus hogares. **Área de servicio:** Allston, Back Bay, Boston, Brighton, Fenway, Jamaica Plain, Kenmore/Fenway, Mission Hill, Roxbury y South End.

Método	Información de contacto de Central Boston Elder Services, Inc.
TELÉFONO	617-277-7416 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	844-495-7400 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
Sitio web	www.centralboston.org

Coastline Elderly Services, Inc. es una empresa privada sin fines de lucro que desarrolla, brinda y coordina una variedad de servicios de atención domiciliaria diseñados para apoyar y mantener la vida en independencia de los adultos mayores. **Área de servicio:** New Bedford, Acushnet, Dartmouth, Fairhaven, Gosnold, Marion, Mattapoisett y Rochester.

Método	Información de contacto de Coastline Elderly Services, Inc.
TELÉFONO	508-999-6400 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	508-994-4265 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.coastlinenb.org

AgeSpan brinda y promociona servicios en la comunidad que promueven la independencia y la dignidad de todos los adultos mayores y con discapacidades. **Área de servicio:** Amesbury, Andover, Billerica, Boxford, Chelmsford, Danvers, Dracut, Dunstable, Georgetown, Groveland, Haverhill, Lawrence, Lowell, Marblehead, Merrimac, Methuen, Middleton, Newbury, Newburyport, North Andover, Peabody, Rowley, Salisbury, Salem, Tewksbury, Tyngsboro, Westford y West Newbury.

Método	Información de contacto de AgeSpan
TELÉFONO	800-892-0890 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	800-924-4222 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
Sitio web	www.agespan.org

Elder Services of Worcester Area, Inc. ayuda a que las personas mayores, con discapacidades y sus familias obtengan servicios esenciales que les permitan permanecer en casa con dignidad e independencia el mayor tiempo posible. **Área de servicio:** Auburn, Barre, Boylston, Grafton, Hardwick, Holden, Leicester, Millbury, New Braintree, Oakham, Paxton, Rutland, Shrewsbury, West Boylston y Worcester.

Método	Información de contacto de Elder Services of Worcester Area, Inc.
TELÉFONO	800-243-5111 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	774-312-7291 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.eswa.org

Ethos es una organización privada sin fines de lucro que promueve la independencia, la dignidad y el bienestar de las personas mayores y con discapacidades mediante la coordinación y prestación de atención domiciliaria y comunitaria de alta calidad. **Área de servicio:** Jamaica Plain, Roslindale, West Roxbury, Hyde Park y Mattapan.

Método	Información de contacto de Ethos
TELÉFONO	617-522-6700 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	711 (MassRelay)
Sitio web	www.ethocare.org

Greater Lynn Senior Services proporciona una amplia gama de servicios sociales para ayudar a que las personas de 60 años en adelante lleven una vida más plena, más independiente, segura y con dignidad. **Área de servicio:** Lynn, Lynnfield, Nahant, Saugus y Swampscott.

Método	Información de contacto de Greater Lynn Senior Services
TELÉFONO	800-594-5164 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	844-580-1926 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
Sitio web	www.glss.net

Greater Springfield Senior Services, Inc. es una organización privada sin fines de lucro dedicada a mantener la calidad de vida de los adultos mayores, los cuidadores y las personas con discapacidades. **Área de servicio:** Agawam, Brimfield, East Longmeadow, Hampden, Holland, Longmeadow, Monson, Palmer, Springfield, Wales, West Springfield y Wilbraham.

Método	Información de contacto de Greater Springfield Senior Services, Inc.
TELÉFONO	800-649-3641 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	413-733-1335 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.gsssi.org

HESSCO es una organización privada sin fines de lucro dedicada a mantener la calidad de vida de los adultos mayores, los cuidadores y las personas con discapacidades. **Área de servicio:** Canton, Dedham, Foxborough, Medfield, Millis, Norfolk, Norwood, Plainville, Sharon, Walpole, Westwood y Wrentham.

Método	Información de contacto de HESSCO
TELÉFONO	800-462-5221
TTY	800-462-5221 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
Sitio web	www.hessco.org

Highland Valley Elder Services presta servicios a los adultos mayores y sus familias mediante la colaboración, la educación, la defensa y diferentes programas diseñados para apoyarlos donde viven. **Área de servicio:** Amherst, Blandford, Chester, Chesterfield, Cummington, Easthampton, Goshen, Granville, Hadley, Hampden County, Hampshire County, Hatfield, Huntington, Middlefield, Montgomery, Northampton, Pelham, Plainfield, Russell, Southampton, Southwick, Tolland, Westfield, Westhampton, Williamsburg y Worthington.

Método	Información de contacto de Highland Valley Elder Services
TELÉFONO	413-586-2000 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	711 (MassRelay)
Sitio web	www.highlandvalley.org

Minuteman Senior Services ayuda a que las personas mayores y con discapacidades vivan en el entorno que elijan mediante la interacción de los recursos de la comunidad y el apoyo a los cuidadores. **Área de servicio:** Acton, Arlington, Bedford, Boxborough, Burlington, Carlisle, Concord, Harvard, Lexington, Lincoln, Littleton, Maynard, Stow, Wilmington, Winchester y Woburn.

Método	Información de contacto de Minuteman Senior Services
TELÉFONO	888-222-6171 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
TTY	711 (MassRelay) 1-800-439-2370 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
Sitio web	www.minutemansenior.org

Lifepath es una empresa privada sin fines de lucro que desarrolla, brinda y coordina diversos servicios para apoyar la vida independiente de las personas mayores y con discapacidades con el objetivo de lograr su independencia. **Área de servicio:** Ashfield, Athol, Bernardston, Buckland, Charlemont, Colrain, Conway, Deerfield, Erving, Gill, Greenfield, Hawley, Heath, Leverett, Leyden, Monroe, Montague, New Salem, Northfield, Orange, Petersham, Phillipston, Rowe, Royalston, Shelburne, Shutesbury, Sunderland, Warwick, Wendell y Whately.

Método	Información de contacto de Lifepath
TELÉFONO	800-732-4636 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
TTY	711 (MassRelay) 800-439-2370 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
Sitio web	www.lifepathma.org

Mystic Valley Elder Services promueve la salud y la independencia de los adultos mayores, los adultos con discapacidades y sus cuidadores. **Área de servicio:** Chelsea, Everett, Malden, Medford, Melrose, North Reading, Reading, Revere, Stoneham, Wakefield y Winthrop.

Método	Información de contacto de Mystic Valley Elder Services
TELÉFONO	781-324-7705 De lunes a viernes, de 7:45 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	711 (MassRelay)
Sitio web	www.mves.org

Old Colony Elder Services apoya la independencia y la dignidad de los adultos mayores y las personas con discapacidades, brindándoles información y servicios esenciales que promueven una vida sana y segura. **Área de servicio:** Abington, Avon, Bridgewater, Brockton, Carver, Duxbury, East Bridgewater, Easton, Halifax, Hanover, Hanson, Kingston, Lakeville, Marshfield, Middleboro, Pembroke, Plymouth, Plympton, Rockland, Stoughton, Wareham, West Bridgewater y Whitman.

Método	Información de contacto de Old Colony Elder Services
TELÉFONO	508-584-1561 Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	508-587-0280 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.ocesma.org

SeniorCare, Inc. proporciona y coordina servicios para personas de edad avanzada y adultos con discapacidades. **Área de servicio:** Beverly, Essex, Gloucester, Hamilton, Ipswich, Manchester-by-the-Sea, Rockport, Topsfield y Wenham.

Método	Información de contacto de SeniorCare, Inc.
TELÉFONO	866-927-1050
TTY	978-282-1836 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.seniorcareinc.org

Somerville Cambridge Elder Services ayuda a que las personas mayores y con discapacidades permanezcan seguras e independientes en sus propios hogares, brindándoles una amplia gama de servicios de apoyo, así como información y asesoramiento. **Área de servicio:** Cambridge y Somerville.

Método	Información de contacto de Somerville Cambridge Elder Services
TELÉFONO	617-628-2601 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	617-628-1705 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.eldercare.org

South Shore Elder Services recomienda y coordina recursos para personas mayores en el área de South Shore para ayudar a que se mantengan tan independientes como sea posible. **Área de servicio:** Braintree, Cohasset, Hingham, Holbrook, Hull, Milton, Norwell, Quincy, Randolph, Scituate y Weymouth.

Método	Información de contacto de South Shore Elder Services
TELÉFONO	781-848-3910 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	781-356-1992 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.sselder.org

Springwell, Inc. es una organización privada sin fines de lucro que lleva más de 35 años creando, administrando y coordinando una amplia gama de servicios. **Área de servicio:** Belmont, Brookline, Needham, Newton, Waltham, Watertown, Wellesley y Weston.

Método	Información de contacto de Springwell, Inc.
TELÉFONO	617-926-4100 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
TTY	617-923-1562 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.springwell.com

Tri-Valley ayuda a que los adultos mayores y las personas con discapacidades vivan de manera independiente y con dignidad en sus propios hogares o entornos que elijan. **Área de servicio:** Bellingham, Blackstone, Brookfield, Charlton, Douglas, Dudley, E. Brookfield, Franklin, Hopedale, Medway, Mendon, Milford, Millville, Northbridge, N. Brookfield, Oxford, Southbridge, Spencer, Sturbridge, Sutton, Upton, Uxbridge, Warren, Webster y W. Brookfield.

Método	Información de contacto de Tri-Valley
TELÉFONO	800-286-6640 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.
TTY	508-949-6654 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número **no** son gratuitas.
Sitio web	www.trivalleyinc.org

West Mass Elder Care proporciona información, recursos y servicios a largo plazo para adultos mayores, ancianos y personas con discapacidades, así como para apoyo para los cuidadores. **Área de servicio:** Holyoke, Chicopee, Granby, South Hadley, Ludlow, Belchertown y Ware.

Método	Información de contacto de West Mass Elder Care
TELÉFONO	800-462-2301 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	800-875-0287 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
Sitio web	www.wmeldercare.org

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Este capítulo explica lo que debe saber sobre cómo utiliza el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Brinda definiciones de términos y explica las normas que deberá cumplir para recibir tratamientos, servicios y equipos médicos, medicamentos recetados y otra atención médica que está cubierta por el plan.

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

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago total. Coordinamos que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención médica que se brindan. Cuando consulte a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare y MassHealth (Medicaid), CCA Senior Care Options debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare, como se indica en el Capítulo 4.

CCA Senior Care Options generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria**. "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y que cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.
- **Tiene un médico de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe aprobar por adelantado (autorización o aprobación previa) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo y la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
    - No se requiere autorización previa para los servicios por necesidad de urgencia o para la atención de emergencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
    - Nota: En los primeros 90 días con nuestro plan o hasta que se complete su plan de atención personalizado (ICP), puede seguir consultando a sus proveedores actuales, sin costos para usted, si no forman parte de nuestra red. Este período se denomina continuidad de la atención (COC). Durante el período de COC, su socio de atención se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores que se encuentren dentro de nuestra red. Luego del período de COC, no seguiremos cubriendo su atención si decide consultar a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir la atención 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 médica que reciba de un proveedor fuera de la red (proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o atención por necesidad de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de esto y para ver lo que significa servicios de emergencia o por necesidad de urgencia, consulte la Sección 3 en este capítulo.
    - Si Medicare o MassHealth (Medicaid) exigen que nuestro plan cubra atención médica que necesita, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red con los mismos costos compartidos que paga normalmente dentro de la red. El plan debe autorizar la atención que recibe de un proveedor fuera de la red antes de solicitar atención. En

esta situación, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre aprobaciones para ver a proveedores de atención médica fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- El plan cubre los servicios de diálisis de riñón que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible.

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

Sección 2.1 Debe elegir un médico de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención

¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP) y qué hace por usted?

Su proveedor de atención primaria es el proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. El PCP que seleccione puede ser un proveedor de atención primaria, un profesional en enfermería, un auxiliar médico o un especialista en salud de las mujeres con autorización que cumpla con los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica general integral.

Cuando se vuelve miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. CCA Senior Care Options tiene contratos con proveedores de atención primaria que conocen su comunidad y que han establecido relaciones laborales con especialistas, hospitales, proveedores de atención domiciliaria en la comunidad y centros de atención de enfermería especializada de su área.

Su PCP, junto con los demás miembros de su equipo de atención, es responsable de coordinar toda su atención médica. Su equipo de atención puede incluir a su PCP, un socio de atención, un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (Geriatric Support Services Coordinator, GSSC) y otras personas si fuera necesario. La “coordinación” de sus servicios incluye controlar o consultar con usted u otros proveedores del plan acerca de su atención médica y cómo evoluciona.

Se requiere autorización previa (aprobación por adelantado) del plan para algunos de sus servicios antes de recibirlos. Su PCP/equipo de atención trabaja en estrecha colaboración con el plan para coordinar estos servicios cuando sea necesario. Estos servicios se detallan en la Tabla de beneficios médicos en el siguiente capítulo (**Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*)***. Si bien algunos servicios no requieren una autorización previa, siempre lo alentamos a que hable con su PCP/equipo de atención para asegurarse de que reciba todos los servicios adecuados.

Una vez inscrito, su equipo de atención, junto con usted y cualquier otra persona que usted elija para que participe, como un familiar, trabajarán con usted para elaborar un plan de atención personalizado diseñado para usted. Para asegurarse de que reciba la atención más adecuada, su equipo de atención revisará y autorizará los cambios en su plan de atención. Con su participación activa, su equipo de atención reevaluará sus necesidades al menos cada 6 meses, y con más frecuencia si fuera necesario.

¿Cómo elige a su médico de atención primaria?

Todos nuestros miembros deben tener un proveedor de atención primaria (PCP) que tenga un contrato con nuestro plan. El PCP que elija puede ser un proveedor de atención primaria autorizado, un profesional en enfermería o un auxiliar médico. Durante el proceso de inscripción, nuestro representante de comercialización y extensión trabajará con usted para elegir un PCP. Si no selecciona un PCP, le asignaremos uno. También puede llamar a nuestros Servicios para miembros si necesita más información o ayuda.

Si hay especialistas específicos a quienes desee consultar, debe preguntarle a su PCP si trabaja con esos especialistas. Cada PCP trabaja con ciertos especialistas a los que puede derivarlo, aunque usted tenga cobertura con cualquier especialista que forme parte de nuestra red.

Cómo cambiar de médico de atención primaria

Puede cambiar su PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. También, es posible que su médico de atención primaria abandone la red de proveedores de nuestro plan y tendría que encontrar uno nuevo.

Si el cambio de PCP implica un grupo médico diferente, entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la solicitud. Sin embargo, si su cambio de PCP se realiza dentro del mismo consultorio o la misma práctica de atención primaria, su cambio puede entrar en vigencia con mayor rapidez.

Si su PCP deja la red de nuestro plan, le informaremos por correo y lo ayudaremos a elegir otro PCP para que pueda continuar recibiendo los servicios cubiertos. Para obtener más información o ayuda, llame a Servicios para miembros.

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

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener aprobación por adelantado.

- Atención médica de rutina para mujeres, lo que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de los proveedores de la red o de los proveedores fuera de la red
- Los servicios por necesidad de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente, o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y por razones médicas.
- Los servicios de diálisis de riñón que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para miembros antes de salir del área de servicio, para que podamos ayudar a organizar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera).
- Para obtener más información sobre los servicios que no requieren una autorización previa (aprobación por adelantado), consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, **Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**.

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

Un especialista es un proveedor que presta servicios de atención médica para una enfermedad o partes del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Atención de oncólogos para pacientes con cáncer
- Atención de cardiólogos para pacientes con problemas cardíacos
- Atención de ortopedistas para pacientes con afecciones óseas, articulares o musculares

Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) y un equipo de atención que le brindan y supervisan su atención. Su PCP/equipo de atención trabajará con usted y sus especialistas para asegurarse de que reciba los servicios que necesita.

Los dentistas y los PCP del plan trabajan con ciertos especialistas que utilizan para las remisiones, aunque usted tenga cobertura para cualquier especialista que forme parte de nuestra red. Si hay especialistas específicos que desee consultar, debe preguntarle a su PCP si trabaja con esos especialistas. Puede cambiar su PCP si desea consultar a un especialista a quien su PCP actual no puede derivarlo. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo. También puede llamar al Servicio para los Miembros si necesita obtener más información o ayuda.

Nuestro plan tiene contratos con ciertos centros que brindan atención para afecciones crónicas y agudas, y rehabilitación. Como miembro de CCA Senior Care Options, usted será derivado a hospitales contratados en los que su PCP tenga privilegios de admisión. Debe estar familiarizado con estos centros, que generalmente están ubicados en su comunidad. Consulte nuestro Directorio de proveedores y farmacias para encontrar centros dentro de la red del plan. Encontrará el Directorio de proveedores y farmacias más actualizado en nuestro sitio web www.ccama.org.

Si recientemente recibió un diagnóstico de una enfermedad grave o terminal, su socio de atención, su proveedor de atención primaria o especialista pueden recomendar el programa de cuidados paliativos o el programa de hospicio. Los cuidados paliativos pueden ayudarlo durante una enfermedad grave, por ejemplo, a encontrar servicios que satisfagan sus necesidades, incluida la atención en un hospicio. La atención en un hospicio es una opción para los miembros con enfermedades terminales. Debe analizar sus opciones con su equipo de atención.

Se requiere una autorización previa del plan para ciertos servicios antes de recibirlos. Su PCP/equipo de atención trabaja estrechamente con nuestro plan para coordinar estos servicios cuando sea necesario. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren una autorización previa, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Le recomendamos consultar con su PCP/equipo de atención antes de recibir servicios que no requieren una autorización previa para asegurarse de que reciba todos los servicios adecuados, a menos que sea una situación de emergencia o urgencia.

Nuestro plan también cubre una segunda opinión de un especialista o cualquier otro profesional de atención médica calificado para cualquier servicio cubierto dentro de la red. También puede obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red si un proveedor de la red no está disponible. Su PCP/equipo de atención lo ayudará a coordinar los servicios de un proveedor fuera de la red que brinde una segunda opinión. Usted debe obtener una autorización para todos los

servicios que reciba de un proveedor fuera de la red antes de obtenerlos. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su proveedor de atención médica o especialista abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a proveedores de atención médica y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con, al menos, 30 días de antelación que su proveedor abandonará el plan, de manera que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
- Le brindaremos asistencia para seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga tratando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpan. Trabajaremos con usted para garantizar que eso suceda.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos necesarios para que reciba cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos brindarle asistencia para encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está gestionando de forma adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 8.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Debe recibir la atención 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 médica que reciba de un proveedor fuera de la red (proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. **Existen algunas excepciones para tener en cuenta:**

- El plan cubre la atención de emergencia o la atención por necesidad de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de esto y para ver lo que significa atención de emergencia o por necesidad de urgencia, consulte la Sección 3 en este Capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare o MassHealth (Medicaid) exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtenerla, incluso servicios de planificación familiar, de un proveedor fuera de la red. La atención que reciba de un proveedor fuera de la red debe estar autorizada por el plan antes de obtenerla. Su PCP/equipo de atención trabaja en estrecha colaboración con el plan para coordinar estos servicios cuando sea necesario. En ese caso, cubriremos estos servicios autorizados sin costo alguno para usted. Si no obtiene la autorización por adelantado para consultar con un proveedor fuera de la red, tendrá que pagar por el servicio.
- Los servicios de diálisis de riñón que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- El plan cubre la atención fuera de la red en circunstancias inusuales. La atención que reciba de un proveedor fuera de la red debe estar autorizada antes de obtenerla. En tal situación, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted. Si no obtiene la autorización por adelantado para recibir atención fuera de la red, usted será responsable del pago del servicio. Algunos ejemplos de circunstancias inusuales que pueden derivar en atención fuera de la red son los siguientes:
  - Tiene una afección médica particular y los servicios de proveedores de la red no se encuentran disponibles.
  - Los servicios están disponibles dentro de la red, pero no de manera oportuna, como lo requiere su afección médica.
  - Debe obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red. Su PCP/equipo de atención lo ayudará a coordinar los servicios de un proveedor fuera de la red que brinde una segunda opinión.
  - Su PCP/equipo de atención determina que un proveedor fuera de la red puede proporcionar el servicio de la mejor manera.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia médica o una necesidad de atención médica de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento medio de salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o el deterioro graves de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si es necesario, llame a una ambulancia. **No** necesita obtener aprobación o una remisión de su PCP. No necesita usar un proveedor de atención médica de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan tome conocimiento de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted, u otra persona, deben llamar para informarnos de su atención de emergencia, en general, en un plazo de 48 horas. Para notificarnos al respecto, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

¿Qué cobertura tiene en caso de tener una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier parte en los Estados Unidos o sus territorios. El plan también cubre los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia, y la atención por necesidad de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios por un monto de hasta cien mil dólares ($100,000) por año calendario. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencias por otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencias por otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los proveedores de atención médica que le estén brindando su atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Luego de la finalización de la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su enfermedad continúe estable. Sus proveedores de atención médica continuarán brindándole tratamiento hasta que sus proveedores de atención médica se comuniquen con nosotros y planifiquen atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan. Nuestro objetivo es garantizar que sus necesidades de atención durante el período de posestabilización no se vean afectadas por los requisitos de autorización.

Qué hacer si tiene una emergencia de salud mental

En una emergencia de salud mental, debe acudir a la sala de emergencias más cercana. Será evaluado por un equipo de crisis que lo ayudará a encontrar un centro adecuado para su atención. No se requiere autorización previa para este tipo de emergencia dentro de los EE. UU. y sus territorios. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

También puede comunicarse con el Programa de Servicios de Emergencia (Emergency Services Program, ESP) de Massachusetts al 1-877-382-1609. El ESP proporciona servicios de evaluación, intervención y estabilización de crisis de salud mental las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año. El ESP incluye tres servicios:

1. Servicios de Intervención Móvil en caso de Crisis (Mobile Crisis Intervention, MCI) para adultos: estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de la siguiente manera: de 7 a.m. a 8 p.m. en todas las ubicaciones comunitarias de ESP, y de 8 p.m. a 7 a.m. en los programas residenciales y los departamentos de emergencia de hospitales.
2. Ubicaciones comunitarias del Programa de Servicios de Emergencia (ESP): el horario varía según la ubicación. Para obtener más detalles, visite http://www.masspartnership.com/pdf/MBHPESPDirectory.pdf.
3. Servicios Comunitarios de Estabilización de Crisis (Community Crisis Stabilization, CCS) para personas mayores de 18 años: estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener más detalles, visite http://www.masspartnership.com/pdf/MBHPESPDirectory.pdf.

¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

En ocasiones, puede ser muy difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría solicitar atención de emergencia al pensar que su salud está en grave peligro, y el proveedor de atención médica puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no se trataba de una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud corría grave peligro, brindaremos cobertura para su atención médica.

No obstante, después de que el proveedor de atención médica haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe atención adicional de una de estas dos formas:

- Si acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- – *o* – La atención adicional que recibe se considera servicio por necesidad de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de servicios por necesidad de urgencia

¿Qué son los servicios por necesidad de urgencia?

Un servicio por necesidad de urgencia es una situación que no es de emergencia, pero requiere atención médica inmediata y, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios por necesidad de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios por necesidad de urgencia son i) dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando tiene la necesidad de atención de urgencia?

Siempre debe intentar obtener servicios por necesidad de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente inaccesibles o no disponibles, y no es razonable esperar a obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios por necesidad de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si tiene necesidades de atención de urgencia, le recomendamos que llame al Servicio para los Miembros al 866-610-2273 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Lo comunicaremos con nuestra Línea de asesoramiento de enfermería, que está disponible las

24 horas del día. Contamos con profesionales de enfermería y médicos de salud mental que lo ayudarán con sus síntomas médicos, de salud mental o de abuso de sustancias.

Toda la atención de urgencia y las visitas sintomáticas al consultorio o al hogar están disponibles dentro de las 48 horas, por lo que se lo evaluará en un consultorio o en su hogar. Todas las visitas al consultorio no sintomáticas están disponibles dentro del plazo de 14 días calendario.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando tiene la necesidad de atención de urgencia?

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan le cubrirá los servicios por necesidad de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

El plan también cubre los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia, y la atención por necesidad de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios por un monto de hasta cien mil dólares ($100,000) por año calendario. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de Massachusetts, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a obtener atención médica de su plan.

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

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de un proveedor fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó sus servicios cubiertos o recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el *Capítulo 6 (Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer en el caso de los servicios que no cubre nuestro plan?

CCA Senior Care Options cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y estos servicios no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de la prestación, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su prestación para ese tipo de servicio cubierto.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una manera en que los proveedores de atención médica y científicos prueben nuevos tipos de atención médica, como el funcionamiento de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en ellos.

Cuando Medicare apruebe el estudio y usted manifieste interés, alguien que trabaje en el estudio lo contactará para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos de los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio mientras cumpla los requisitos de este y entienda y acepte plenamente 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 seguir recibiendo el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos al respecto ni obtener aprobación de nuestra parte o de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesariamente tienen que formar parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (National Coverage Determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (Investigational Device Trials, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los afiliados de Medicare Advantage a través de Original Medicare, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluido lo siguiente:

- Habitación y comida durante una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en el estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sean parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

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

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará ninguno de los siguientes costos:**

- En general, Medicare **no** pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio prueba, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si **no** participara del estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica en general requiere de una sola tomografía.

¿Quiere 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 los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

- La atención o tratamiento médico **no exento** es toda atención o tratamiento médico que sea voluntario y no requerido por ninguna ley federal, estatal o local.
- La atención o tratamiento médico **exento** es toda atención o tratamiento médico que sea *no* voluntario o *requerido* por una ley federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba de una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan que recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le brinden en un centro, aplican las siguientes condiciones:
    - debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para atención médica para pacientes hospitalizados o en centros de enfermería especializada;
    - –*y*– debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro. De lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Al igual que con la cobertura para pacientes hospitalizados de CCA Senior Care Options, este beneficio no tiene un límite de cobertura. No paga nada por sus servicios autorizados. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de esta **Evidencia de cobertura**.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero (DME) después de hacer cierta cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?

Su equipo de atención desempeña un papel importante en la determinación de qué equipo es el mejor para usted. El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa (i.v.), nebulizadores y camas de hospital que solicite un proveedor para usar en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son propiedad del miembro, mientras que otros artículos pueden alquilarse para satisfacer una necesidad durante un tiempo específico para una afección médica y luego se devuelven al proveedor. Algunos tipos de equipos de alquiler (alquiler con límite máximo) solo pueden alquilarse hasta por 13 meses; después de los 13 meses, el artículo se considera propiedad del miembro.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses.

Cuando se inscriba en CCA Senior Care Options, su equipo de atención, junto con usted y cualquier otra persona que usted elija para que participe, como un familiar, elaborarán un plan de atención personalizada diseñado para usted. Con su participación activa, su equipo de atención reevaluará sus necesidades al menos cada 6 meses, y con más frecuencia si fuera necesario. Si su necesidad de equipo médico duradero es temporal, podemos alquilar ciertos equipos médicos duraderos para su uso a corto plazo. No obstante, puede convertirse en propietario de DME alquilado siempre y cuando el artículo sea médicamente necesario y esté autorizado, y usted tenga una necesidad a largo plazo del artículo. No paga nada por los servicios cubiertos, incluido el equipo médico duradero. Es posible que se apliquen normas de autorización. Consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener información sobre los equipos médicos duraderos.

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

Si no adquirió la titularidad del artículo de DME mientras era miembro del plan, tendrá que hacer 13 copagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare, para ser el propietario del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras lo estaba. Luego regresa a Original Medicare. Para ser propietario del artículo, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿Cuáles son sus beneficios de oxígeno?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare para equipos de oxígeno, CCA Senior Care Options cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno.
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

Si deja CCA Senior Care Options o el equipo de oxígeno ya no es una necesidad médica para usted, debe devolverlo al propietario.

¿Qué sucede si deja el plan y vuelve a Original Medicare?

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

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de CCA Senior Care Options. Posteriormente en este capítulo, puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites para determinados servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Dado que recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando respete las normas del plan para recibir atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención).

SECCIÓN 2 Consulte la Tabla de beneficios médicos para saber qué está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios de servicios médicos de atención a largo plazo, en el hogar y la comunidad como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos que se incluye en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre CCA Senior Care Options. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios detallados en la Tabla de beneficios médicos solo tienen cobertura cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubren Medicare y MassHealth (Medicaid) deben proporcionarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Sus servicios (que incluyen atención, servicios, suministros y equipos médicos, y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.
- Recibe atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de atención de emergencia o urgencia, o a menos que su plan le haya dado autorización. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinde y supervise su atención.

- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos **solo** si su PCP u otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. MassHealth (Medicaid) cubre sus costos compartidos por los servicios de Medicare, incluidos los copagos por servicios y medicamentos que, de otro modo, tendría que pagar usted. MassHealth (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, medicamentos de venta libre, servicios en el hogar y la comunidad, servicios dentales, u otros servicios exclusivos de MassHealth (Medicaid).
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024* [Medicare y Usted 2024]. Revíselo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Como miembro de CCA Senior Care Options, algunos beneficios están cubiertos por Medicare y otros están cubiertos por MassHealth (Medicaid). Integramos todos sus beneficios para usted. El cuadro de beneficios refleja todos los servicios cubiertos.
- Si se encuentra dentro del período de un mes de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan.

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

Información importante sobre beneficios para afiliados con determinadas afecciones crónicas

- Si un proveedor del plan le diagnostica alguna de las siguientes enfermedades crónicas que se indican a continuación y cumple con determinados criterios médicos, puede tener derecho a los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. El diagnóstico debe estar en el expediente y registrado en CCA antes de recibir los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.
    - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
    - Trastornos autoinmunitarios
    - Cáncer
    - Trastornos neurológicos
    - Afecciones crónicas e incapacitantes de la salud mental
    - Demencia
    - Trastornos cardiovasculares
    - Diabetes mellitus
    - Insuficiencia cardíaca crónica
    - Enfermedad hepática terminal
    - Enfermedad renal terminal
    - Trastornos hematológicos graves
    - VIH/SIDA
    - Trastornos pulmonares crónicos
    - Derrame cerebral
- La elegibilidad relacionada con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) se determina a discreción del Plan. Los beneficios están disponibles para los miembros que se identifican mediante la recepción de documentación del proveedor (por ej., una reclamación presentada por un proveedor) que incluya una afección crónica que califique, y cuya atención esté siendo coordinada por un socio de atención de CCA o un proveedor de la red. Una vez validado que se cumplen los criterios de elegibilidad, CCA le notificará sobre su inscripción en estos beneficios. Estos beneficios no son retroactivos.

- Para más información, consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* de la Tabla de beneficios médicos a continuación.

- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una sola ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No hay un coseguro, copago ni deducible.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, porque no tiene causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está asociado a cirugías. Ocho sesiones adicionales cubiertas para pacientes que demuestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.	Usted paga $0.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
El tratamiento se debe interrumpir si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en el artículo 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar tratamiento de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los auxiliares médicos (Physician Assistant, PA), enfermeros profesionales (Nurse Practitioner, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS) (como se define en el artículo 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar tratamiento de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y poseen: **Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)** • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental otorgado por una escuela con acreditación de la Comisión de Certificación de Acupuntura y Medicina Oriental (Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione tratamientos de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, como lo exigen las regulaciones el Título 42, artículos 410.26 y 410.27 del CFR.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red. **Acupuntura** Nuestro plan cubre beneficios complementarios de acupuntura a través de Medicare y MassHealth (Medicaid), además de los servicios cubiertos por Medicare mencionados anteriormente. El plan cubre 36 visitas en total por año calendario, a menos que se autorice de otro modo en su plan. Las 36 sesiones **no se suman a las 20 sesiones cubiertas anteriormente mencionadas** si recibe servicios de acupuntura para tratar dolor en la parte baja de la espalda. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	
Servicios de salud diurnos para adultos Un programa diurno para aquellos que son elegibles donde se brinda un programa organizado de servicios de enfermería y supervisión, asistencia con las actividades de la vida cotidiana (como comer, ir al baño, hacer ejercicio y tomar medicamentos), servicios de terapia de mantenimiento y socialización. Nuestro plan cubre los servicios de salud diurnos para adultos según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado para adultos Servicios prestados a un miembro en el hogar a cargo de un proveedor de atención médica calificado por la agencia proveedora de AFC; los servicios incluyen asistencia con las actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, comer, ir de compras, preparar las comidas), otra atención personal, según sea necesario, y supervisión. La supervisión médica, la educación y la capacitación para el proveedor de atención médica y la administración de la atención están a cargo del enfermero o profesional en enfermería del equipo de atención. Nuestro plan cubre el cuidado para adultos según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***
Orientación para el Alzheimer Servicio que respalda a los miembros y sus cuidadores para crear y mantener una experiencia positiva para las personas que viven con la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos relacionados.	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluidos los servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala rotatoria y fija, hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención médica solo si se proporcionan a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona, o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es una emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y el transporte en ambulancia es médicamente necesario. La autorización previa para traslados en ambulancia que no sean de emergencia no garantiza una confirmación de los	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa para el transporte en ambulancia que no sea de emergencia cubierto por Medicare, y para los servicios de traslado que no sean de***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
traslados. Consulte las secciones sobre **Transporte** más adelante en este cuadro para obtener más información. El transporte que no sea de emergencia en ambulancia es adecuado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y el transporte en ambulancia es médicamente necesario. El plan también cubre los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia, y la atención por necesidad de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios por un monto de hasta cien mil dólares ($100,000) por año calendario. Para obtener más información, consulte las secciones **Emergencia** y **Atención de urgencia** más adelante en esta tabla. Para obtener más información sobre los servicios de transporte que no sean de emergencia que cubre el plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid), consulte la sección **Transporte** que se detalla más adelante en esta tabla.	***emergencia a más de 50 millas de la ubicación de recogida.***
Visita anual de bienestar Si tuvo la Parte B durante más de 12 meses, puede ir a una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud y sus factores de riesgo actuales. Esto está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita anual de bienestar no puede hacerse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva *Bienvenido a Medicare*. No obstante, no es necesario que vaya a una visita *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	Usted paga $0. No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red. **Recompensa de la visita anual de bienestar** Una visita anual de bienestar o un examen físico anual le dan derecho a una recompensa de $25 por año después de haber completado la visita. Las visitas de rutina al médico de atención primaria, como las visitas de seguimiento o las visitas por enfermedad, no califican para la recompensa. Las recompensas ganadas se agregarán a su tarjeta Healthy Savings Card para que la pueda usar en tiendas minoristas de artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) aprobados de la red. Para ganar esta recompensa, debe realizar una visita anual de bienestar o hacerse un examen físico anual. Cualquiera de los dos tipos de visita anual es más larga que las visitas de rutina al PCP. Durante una visita anual de bienestar o un examen físico anual, usted y su proveedor revisarán su estado de salud general en detalle. Su proveedor debe facturarle su examen a CCA para que su recompensa se procese y se aplique a su tarjeta Healthy Savings Card. Esto puede tardar varios meses. Su recompensa se puede usar en tiendas minoristas de venta libre (OTC) de la red para comprar artículos permitidos, que excluyen armas de fuego, alcohol o tabaco. **Cubierto una vez por año calendario.**	Si su PCP le ha realizado un examen que califica, puede recibir una recompensa de hasta $25 en su tarjeta Healthy Savings Card por año calendario en el momento en que el proveedor le factura a CCA por el servicio.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (en general, esto se refiere a las personas con riesgo de pérdida de masa ósea u osteoporosis), los siguientes servicios tienen cobertura cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. El plan también puede cubrir exámenes de detección y exámenes clínicos adicionales cuando sean médicamente necesarios según el beneficio de MassHealth (Medicaid). No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento tienen cobertura para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen una orden del proveedor de atención médica. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo saludable. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo del tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas para enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). El plan también cubre análisis de sangre adicionales cuando sean médicamente necesarios según el beneficio de MassHealth (Medicaid). No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No hay coseguro, copago ni deducible para los análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada 5 años.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de vagina o de cuello uterino, y está en edad fértil y obtuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses El plan también puede cubrir pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos adicionales cuando sea médicamente necesario según el beneficio de MassHealth (Medicaid). No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. El plan también cubre la atención de rutina, visitas al consultorio y servicios de radiología según el beneficio de MassHealth (Medicaid). ***El plan cubre 36 visitas al quiropráctico por año calendario, a menos que se autorice de otra manera en su plan.*** No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de tareas domésticas Incluyen actividades que ayudan a que los miembros mantengan sus hogares y que corrijan o eviten defectos ambientales que puedan representar un peligro para la salud y seguridad del miembro. Nuestro plan cubre los servicios de tareas domésticas según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia o enema de bario de detección previos. • La sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un riesgo alto después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • El análisis de sangre oculta en heces de detección para pacientes de 45 años o más una vez cada 12 meses. • La prueba multidiana de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo una vez cada 3 años. • El análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo una vez cada 3 años. • El enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.	Usted paga $0. No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excluidos los enemas de bario. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. No hay un coseguro, copago ni deducible para una colonoscopia de diagnóstico.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• El enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Al menos una vez 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare tenga un resultado positivo. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	
Servicios de compañía Los servicios de compañía permiten que las personas sanas permanezcan en casa al brindarles asistencia. Actividades relacionadas con la socialización y la recreación, asistencia con la preparación de refrigerios ligeros, ayuda con las compras y los mandados, y acompañamiento a las citas médicas, centros de nutrición y caminatas. Nuestro plan cubre los servicios de compañía según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***
Servicios continuos de enfermería/servicio de enfermería privada Servicios continuos de enfermería especializada. Nuestro plan cubre estos servicios según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado asistencial (atención a largo plazo en un hogar de convalecencia) Cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) u otro centro donde no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El plan también ayuda con la transición de regreso a la comunidad. CCA Senior Care Options no paga servicios personales, como televisión, etc., mientras recibe cuidado asistencial. Nuestro plan cubre el cuidado asistencial según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. Si MassHealth (Medicaid) determina que usted tiene que pagar un monto pagado por el paciente (Patient Paid Amount, PPA) mensual por su cuidado asistencial, usted es responsable de estos pagos a MassHealth (Medicaid). ***Se requiere autorización previa.***
Habilitación diurna Programa de tratamiento activo, estructurado y orientado a las metas de servicios terapéuticos y de habilitación con orientación médica para personas con discapacidades del desarrollo que necesitan tratamiento activo. Nuestro plan cubre la habilitación diurna según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Medicare actualmente paga los servicios dentales que no son de rutina, en concreto cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación del cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Cubrimos estos servicios dentales de rutina según el beneficio de MassHealth (Medicaid): <u>Prevención y diagnóstico:</u> • Atención médica preventiva, como limpiezas • Exámenes de rutina • Radiografías <u>Odontología reconstructiva:</u> • Empastes • Corona • Corona de reemplazo • Terapia endodóntica (tratamientos de conducto) <u>Periodoncia:</u> • Alisado radicular y eliminación del sarro • Mantenimiento periodontal <u>Prótesis dentales (extraíbles):</u> • Dentaduras postizas completas • Dentaduras postizas parciales • Dentaduras postizas inmediatas	Usted paga $0.

• Revestimientos y ajustes de dentaduras postizas completas **Servicios dentales (continuación)** <u>Servicios de implantes:</u> • Los implantes están cubiertos por un máximo de cuatro (4) implantes por año <u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u> • Extracciones (extracción de dientes) • Biopsia y cirugía de tejidos blandos • Alveoloplastia • Injertos óseos **** Es posible que se requiera autorización previa para los servicios enumerados y para servicios adicionales.*** Se aplican limitaciones de frecuencia. Esta lista no es una garantía de cobertura. Los servicios que se indican a continuación tienen cobertura sin autorización previa: • Dentaduras postizas completas y parciales • Exámenes de rutina y radiografías • Servicios preventivos, incluidas las limpiezas • Empastes restauradores • Coronas y puentes • Dentaduras postizas completas y recubrimientos (después de 6 meses de la colocación inicial) • Dentaduras postizas parciales y recubrimientos (después de 6 meses de la colocación inicial) • Servicios periodontales no quirúrgicos (limpiezas y mantenimiento) • Extracciones no quirúrgicas • Atención de emergencia	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Para obtener más información, llame a Servicios para miembros. **Servicios dentales (continuación)** • Las limpiezas preventivas y las evaluaciones bucales periódicas están cubiertas dos veces por año calendario. • Las dentaduras postizas completas y parciales tienen cobertura una vez cada cinco años. • Pueden aplicarse otras limitaciones. • Las coronas y puentes tienen cobertura limitada a una vez por diente/área cada cinco años. Pueden aplicarse otras limitaciones. • Los implantes están cubiertos una vez por diente/lugar de por vida. • La cobertura adicional se basa en la necesidad médica. • Se aplican limitaciones de beneficios para los servicios dentales. En el caso de que sea necesario hacer aportes clínicos para determinar si un curso de tratamiento es adecuado, CCA Senior Care Options se reserva el derecho de hacer que un experto dental revise el plan de tratamiento que su dentista ha propuesto. Los servicios que requieren autorización deben ser enviados directamente por el proveedor dental de la red tratante a nuestro administrador de beneficios dentales, Skygen, para su revisión.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o remisiones. El plan también cubre servicios y pruebas de detección adicionales según el beneficio de MassHealth (Medicaid). No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No se requiere coseguro, copago ni deducible por una visita anual para una prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas 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 nivel elevado de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden tener cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas y soluciones para el control de la glucemia para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles que no sean a medida provistas con estos zapatos) por año calendario. La cobertura incluye la prueba y ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. El plan también cubre servicios y pruebas de detección adicionales según el beneficio de MassHealth (Medicaid). Nuestro plan tiene contratos con Abbott Diabetes Care y LifeScan, fabricantes preferidos de glucómetros y tiras reactivas para nuestros miembros con diabetes. Estos productos incluyen: medidor FreeStyle Precision Neo®, tiras reactivas FreeStyle Precision Neo®, medidor FreeStyle Lite®, medidor FreeStyle Freedom Lite®, tiras reactivas FreeStyle Lite ®, lancetas FreeStyle®, tiras reactivas Freestyle®, tiras reactivas Freestyle InsuLinx ®, medidor Precision Xtra ®, tiras reactivas Precision Xtra®, tiras reactivas Precision Xtra Beta Ketone®, medidor OneTouch Ultra 2®, medidor OneTouch Ultra Mini®, tiras reactivas OneTouch Ultra ®, medidor OneTouch Verio® Medidor OneTouch Verio® Reflect, medidor OneTouch Verio® Flex	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa para recibir glucómetros y medidores terapéuticos continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM).*** Se requiere autorización previa para los suministros para diabéticos de fabricantes no preferidos.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Tiras reactivas OneTouch Verio®, lancetas OneTouch Delica® **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)** Lancetas OneTouch Delica® Plus, lancetas OneTouch Delica® Ultrasoft Puede obtener un glucómetro nuevo y tiras reactivas solicitando una nueva receta a su proveedor para surtirla en su farmacia local. También puede llamar a LifeScan al 1-800-227-8862 o visitar www.lifescan.com. O bien, llame a Abbott Diabetes Care al 1-800-522-5226 o visite www.AbbottDiabetesCare.com. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.	

Servicios de salud mental alternativos El plan cubre los servicios de salud mental en la comunidad que puede usar en lugar de ir al hospital o un centro para algunas necesidades de salud mental. Su proveedor de atención primaria o equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si estarán en su plan de atención personalizado. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Manejo de la abstinencia de pacientes hospitalizados monitoreado médicamente, incluido el manejo de la abstinencia para diagnóstico doble (también conocido como servicios de tratamiento agudo) (nivel 3.7 de ASAM) • Servicios de emergencia de salud mental, incluido el programa de servicios de detección de emergencia, asesoramiento para crisis a corto plazo, crisis de la administración de medicamentos y servicios de especialización (también conocido como programa de servicios de emergencia [ESP]) • Servicios residenciales de alta intensidad específicos de la población administrados clínicamente* (consulte la Nota a continuación) (nivel 3.3 de ASAM) • Servicios de estabilización clínica (Clinical Stabilization Services, CSS) (nivel 3.5 de ASAM) • Estabilización de crisis comunitaria (Community Crisis Stabilization, CSS) • Programa de apoyo comunitario (Community Support Program, CSP) • Programa de apoyo comunitario para personas sin hogar crónicas (Community Aupport Program for Chronically Homeless Individuals, CSP-CHI) • Programa ambulatorio intensivo (Intensive Outpatient Program, IOP) • Programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP) • Tratamiento psiquiátrico diario • Programa estructurado de adicciones para pacientes ambulatorios (Structured Outpatient Addiction Program, SOAP) • Navegador de apoyo para la recuperación • Entrenador para la recuperación	Usted paga $0.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Servicios de rehabilitación residencial (Residential Rehabilitation Services, RRS) • Programa de tratamiento comunitario de reafirmación (Programs for Assertive Community Treatment, PACT) • Servicios de apoyo de transición (Transitional Support Services, TSS) para trastornos por uso de sustancias* (consulte la Nota a continuación) Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta personal o por telesalud (atención virtual). *** Nota:** Estos servicios pueden no estar disponibles al comienzo del año del plan a través de CCA Senior Care Options. Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros. **Servicios de salud mental alternativos (continuación)** Consulte la sección **Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios** que aparece más adelante en esta tabla para obtener más información sobre los servicios de salud mental adicionales. CCA también ofrece un programa para el consumo de sustancias para miembros que experimentan o están en riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de opioides o cualquier otro trastorno por consumo de sustancias. Además de brindar cobertura para ciertos servicios para adicciones, brindamos apoyo clínico dirigido. Nuestra red de proveedores y los beneficios que ofrecemos brindan servicios como desintoxicación, tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, programa estructurado para pacientes ambulatorios con adicciones, acupuntura y tratamientos asistidos con medicamentos. Si necesita apoyo con un trastorno por consumo de opioides o cualquier otro trastorno por consumo de sustancias, hable con su socio de atención. **No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.**	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 11 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los ejemplos incluyen andadores, entre otros: sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital que solicite un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión i.v., dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o andadores. Cubrimos todos los DME que sean médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.ccama.org. Por lo general, CCA Senior Care Options cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en CCA Senior Care Options y está utilizando una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca para usted por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su proveedor de atención médica para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su proveedor de atención médica, puede pedirle que lo remita a una segunda opinión). Para verificar si un determinado artículo está cubierto, llame a Servicios para miembros.	Usted paga $0. ***Pueden aplicarse límites a ciertos equipos médicos duraderos.*** Se requiere autorización previa para los suministros para pruebas de diabetes de fabricantes no preferidos (monitores de glucosa y tiras reactivas)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que cumplen con los siguientes requisitos: • son suministrados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento medio de salud y medicina considera que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente. El costo compartido de los servicios de urgencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier parte en los Estados Unidos o sus territorios. El plan también cubre los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia, y la atención por necesidad de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios por un monto de hasta cien mil dólares ($100,000) por año calendario. Este es un beneficio complementario que cubre nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo recibir atención de emergencia. No se requiere autorización previa.	Usted paga $0. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado luego que su situación de emergencia se estabiliza, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención ***o*** debe recibir atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red autorizado por el plan.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Reasignación/afirmación de género El plan cubre los servicios de reasignación de género. Los servicios pueden incluir los siguientes: mastectomía, aumento de mamas, histerectomía, salpingectomía, ooforectomía o cirugía reconstructiva genital. Los servicios y procedimientos que se consideran cosméticos y la cirugía de reversión de reasignación de género no tienen cobertura. **Para obtener más información o ayuda, hable con su equipo de atención.**	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.*** ***Su proveedor deberá enviar sus registros médicos para que los revisemos.***
Compra y entrega de alimentos **Nuestro plan cubre estos servicios según el beneficio de MassHealth (Medicaid).**	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***
Cuidado grupal para adultos Atención personal en una comunidad de vivienda asistida o en un complejo de viviendas públicas/para personas mayores para miembros en riesgo inminente de institucionalización. Se proporciona asistencia diaria en cuidado personal, manejo de medicamentos, tareas del hogar y lavandería. Nuestro plan cubre el cuidado grupal de adultos según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***
Programas educativos de salud y bienestar El plan cubre los servicios preventivos de Medicare. Estos servicios se enumeran por separado en esta Tabla de beneficios médicos y están marcados con una manzana. Otros programas de salud y bienestar no tienen cobertura según el beneficio de Medicare. Nuestro plan también cubre servicios y programas adicionales	Usted paga $0. Solo está cubierto cuando usa Silver & Fit.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
según el beneficio de MassHealth (Medicaid), que incluyen, entre otros: • Recursos de educación para la salud y el bienestar en el hogar • Programas de autogestión de cuidados complejos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la diabetes y la insuficiencia cardíaca • Entrevista motivacional • Acceso a la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana (consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo acceder a la Línea de asesoramiento de enfermería) Su equipo de atención trabajará con usted y le recomendará qué programas pueden ser adecuados para usted según sus necesidades. Para obtener más información o ayuda, hable con su equipo de atención. **Acondicionamiento físico** El plan cubre beneficios de acondicionamiento físico a través de **Silver & Fit Fitness:** Su beneficio de Silver & Fit incluye una membresía de acondicionamiento físico con acceso a un gimnasio único dentro de la red de su elección por mes, programación Fit at Home para acondicionamiento físico en el hogar, un kit anual de acondicionamiento físico en el hogar y mucho más. Para encontrar ubicaciones de acondicionamiento físico Silver & Fit e información adicional sobre el acondicionamiento físico en el hogar y cómo pedir su kit de acondicionamiento físico, visite www.silverandfit.com. También puede llamar al 1-877-427-4788 (TTY 711).	**No se requiere autorización previa.**

Tarjeta Healthy Savings Card para comprar ciertos artículos de venta libre (OTC) y alimentos saludables aprobados por Medicare Usted recibe una tarjeta Healthy Savings Card de CCA con una asignación de $475 que se aplica al comienzo de cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos de venta libre (OTC) aprobados por CCA, como desinfectante para manos, mascarillas, suministros de primeros auxilios, cepillos de dientes, pruebas de COVID-19 y medicamentos para el resfrío sin receta médica en tiendas minoristas OTC de la red. **Los miembros que no tienen una enfermedad crónica** solo pueden usar la tarjeta Healthy Savings Card para la compra de artículos de venta libre (OTC) aprobados por CCA. **Los miembros con ciertas enfermedades crónicas** pueden utilizar su asignación de artículos de venta libre (OTC) trimestral en la tarjeta Healthy Savings Card para la compra de productos alimenticios aprobados por CCA en tiendas minoristas OTC de la red. En el caso de los miembros con enfermedades crónicas, pueden utilizar su asignación de artículos de venta libre (OTC) trimestral de la tarjeta Healthy Savings Card para el pago de facturas de servicios públicos, como facturas de gas, electricidad e internet/televisión por cable, en proveedores registrados que aceptan Visa como medio de pago. El diagnóstico de enfermedad crónica debe estar en el expediente y registrado en CCA antes de recibir los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Para obtener más información, consulte “**Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas**” en la Tabla de beneficios médicos. Las enfermedades crónicas generalmente son afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La	Usted paga $0 por artículos cubiertos hasta $475 por trimestre. Si el costo de los artículos de venta libre (OTC), los productos alimenticios o los servicios públicos aprobados por CCA excede el límite trimestral de beneficios de $475, usted deberá pagar el resto de los costos.

afección es diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluido su proveedor de atención primaria y proveedores similares.

Compras realizadas con la tarjeta Healthy Savings Card para miembros con una afección crónica documentada que califique. No todos los miembros califican.

Tarjeta Healthy Savings Card de CCA para comprar ciertos artículos de venta libre (OTC) y alimentos saludables aprobados por Medicare (continuación)

- Los pagos de servicios públicos solo pueden utilizarse con proveedores de servicios públicos registrados en Visa que acepten Visa como forma de pago, tales como gas, electricidad e internet/televisión por cable.

- Los artículos de venta libre (OTC) y/o alimentos aprobados por CCA solo pueden adquirirse en tiendas minoristas de la red.

Para obtener una lista de las tiendas minoristas de la red en su área, visite www.mybenefitscenter.com con su número de tarjeta Healthy Savings Card o comuníquese con Servicios para miembros.

Si tiene preguntas sobre su tarjeta Healthy Savings Card, visite www.mybenefitscenter.com o comuníquese con Servicios para miembros.

Para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos según el beneficio de MassHealth (Medicaid), consulte **la sección Medicamentos para pacientes ambulatorios** que figura más adelante en esta tabla.

No se requiere autorización previa para la compra de artículos de venta libre (OTC) y/o alimentos cubiertos ni para los pagos de servicios públicos aprobados por CCA en tiendas minoristas de la red.

Debe usar la tarjeta como si fuera efectivo. Los fondos no utilizados o robados no se transfieren ni reemplazan.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
La tarjeta solo puede utilizarse para compras calificadas que el proveedor de su plan indique en cualquier lugar donde se acepten tarjetas de débito Visa. Sutton Bank emite la tarjeta, de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. Comuníquese directamente con el patrocinador del programa para obtener una lista completa de las compras que califican. Visa es una marca comercial registrada de Visa, U.S.A. Inc. Todas las demás marcas comerciales y marcas de servicio pertenecen a sus respectivos dueños. No hay acceso a efectivo ni al cajero automático. Se aplican términos y condiciones; comuníquese con su proveedor del plan para obtener más detalles.	

Servicios de audición
 	
Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.
 	
El plan también cubre los siguientes **servicios de audición de rutina** según el beneficio de MassHealth (Medicaid):
 	
• Exámenes de audición de rutina
• Evaluaciones para la colocación de audífonos
• Audífonos
• Provisión y dispensa de audífonos, baterías y accesorios
• Instrucción en el uso, cuidado y manejo de audífonos
• Moldes para los oídos
• Impresiones en los oídos
• Préstamo de un audífono, cuando sea necesario
 	
No se requiere autorización previa para los exámenes de audición de rutina, las evaluaciones, las reparaciones y los reemplazos proporcionados por un proveedor de la red.
 	
Se requiere autorización previa para lo siguiente:
 	
• Audífonos monauriculares que cuestan más de $500 (sin incluir el envío) por oído.
• Audífonos estereofónicos, cros y bicros que cuestan más de $1,000 (sin incluir el envío) por oído.
• El reemplazo de un audífono, independientemente del costo del audífono, debido a un cambio médico;
  ○ pérdida del audífono o
  ○ daño más allá de la reparación del audífono;
• cualquier reemplazo de los componentes externos de un implante coclear.
 	
El plan utiliza a NationsHearing como administrador de beneficios de los servicios de audición de rutina, incluidos los exámenes y los audífonos.
 	
Comuníquese con NationsHearing al 877-277-9196 (TTY 711) si tiene preguntas sobre el beneficio de servicios de audición.
	Usted paga $0.
	
	Exámenes de audición que no son de rutina: Debe usar un proveedor contratado por CCA.
	
	Exámenes de audición de rutina: Para la cobertura de este beneficio, debe utilizar un proveedor de NationsHearing.
	
	Se requiere autorización previa para los audífonos que cuesten más de un determinado valor en dólares.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección del VIH Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o quienes están en mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para la prueba preventiva de detección del VIH cubierta por Medicare.
Servicios domésticos Incluye asistencia con las compras, la planificación del menú, la preparación de comidas, el lavado de ropa y las tareas domésticas livianas, que incluyen, entre otros, pasar la aspiradora, quitar el polvo, trapear en seco, lavar los platos, limpiar la cocina y el baño, y cambiar la ropa de cama. Los servicios domésticos generalmente son proporcionados por agencias. Estas agencias se denominan agencias de atención personal o agencias de atención a domicilio. Nuestro plan cubre los servicios domésticos según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***
Entrega de comidas a domicilio El servicio incluye preparar, empaquetar y entregar comidas a los domicilios de los miembros. Nuestro plan cubre estos servicios según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un proveedor de atención médica debe certificar que necesita servicios de salud domiciliarios y solicitará la prestación de dichos servicios por parte de una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que dejar su hogar requiere un gran esfuerzo de su parte. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio de manera parcial o intermitente (serán cubiertos en virtud del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio combinados deben acumular en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo médico y suministros. El plan puede cubrir horas adicionales de atención, incluidos los servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio, más allá del límite de Medicare según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración subcutánea o intravenosa de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los de enfermería, prestados según el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente no cubiertas de otro modo bajo el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. Servicios de monitoreo para suministrar terapia de infusión domiciliaria y medicamentos para terapia de infusión domiciliaria, proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado.	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) Usted es elegible para recibir el beneficio del centro de cuidados paliativos cuando su proveedor de atención médica y el director médico de dicho centro le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que posee o controla la organización de MA, o en los que dicha organización tiene un interés financiero. Su proveedor de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de los síntomas y del dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria <u>Para los servicios del centro de cuidados paliativos y servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos los servicios del centro de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales), su proveedor de dicho centro le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. • <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni por necesidad de urgencia cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare y no relacionados con su pronóstico terminal, su costo para estos servicios depende de si usa o no un	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por CCA Senior Care Options. Usted paga $0.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito de obtener autorización previa).	

Cuidados paliativos (continuación) Para los servicios cubiertos por CCA Senior Care Options, pero sin cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare: CCA Senior Care Options continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Por estos servicios, no paga nada. Para medicamentos que pueden tener cobertura de los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con la afección terminal por la que recibe cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con la afección terminal por la que recibe cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por el hospicio como por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5 (**¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?**). **Nota:** Si necesita atención que no sea de un centro de cuidados paliativos (atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta en un centro de cuidados paliativos para las personas con enfermedades terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos. El plan también cubre cuidados paliativos, que incluyen habitación y comida en un centro, según el beneficio de MassHealth (Medicaid). Para todos los miembros que no elijan el centro de cuidados paliativos de Medicare, ofrecemos servicios de cuidados paliativos a través de nuestro programa de cuidados paliativos, así como cuidados para el final de la vida. El programa de cuidados paliativos de CCA se centra en aliviar el dolor, el estrés y otros síntomas molestos para las personas que viven con una enfermedad grave. El programa está diseñado para nuestros miembros, sus cuidadores y proveedores de atención médica con la participación activa del equipo de atención. Para obtener más	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
información, consulte Cuidados paliativos en la Tabla de beneficios médicos y háblelo con su equipo de atención. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red o el centro de cuidados paliativos elegido por el miembro.	
Vacunas Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una por cada temporada de gripe durante el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye servicios hospitalarios para enfermos agudos hospitalizados, servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados, de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo ingresan formalmente en un hospital con la orden de un proveedor de atención médica. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado. El plan cubre su estadía como paciente hospitalizado en un hospital, más allá del límite de Medicare según el beneficio de MassHealth (Medicaid). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de atención médica especiales, (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de equipos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del lenguaje y el habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Usted paga $0. Si obtiene atención **autorizada** para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red luego de que se estabilice su afección de emergencia, no debe pagar nada. ***Se requiere autorización previa, excepto para el ingreso de pacientes por emergencias y abuso de sustancias.***

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) • En algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso, y este decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores encargados de los trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón comunitario de atención, usted puede elegir ir a un centro local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si CCA Senior Care Options presta servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad, y usted decide recibir un trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que la sangre sea donada por usted o por otra persona. Medicare cubre todos los otros componentes de la sangre desde la primera pinta usada. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare que se denomina *¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja de datos está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen atención de la salud mental que requiere hospitalización. Medicare tiene un límite de por vida de 190 días respecto de los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de la salud mental provistos en la unidad psiquiátrica de un hospital general en virtud de Medicare. El plan cubre su estadía como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico, más allá del límite de Medicare según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa, excepto para el ingreso de pacientes por emergencias y abuso de sustancias.***
Lavandería Nuestro plan cubre servicios de lavandería según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o con enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén recibiendo diálisis), o para después de un trasplante renal cuando lo solicita un proveedor de atención médica. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y, en lo sucesivo, 2 horas por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario el siguiente año calendario. El plan puede cubrir la terapia médica nutricional para los miembros que no cumplen con los requisitos de beneficios de Medicare, según el beneficio de MassHealth (Medicaid). No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambios en la conducta de salud que proporciona capacitación práctica en relación con cambios dietarios a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de lograr bajar de peso y llevar un estilo de vida saludable. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No hay un coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.

Medicamentos recetado de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que el paciente generalmente no se autoadministra, sino que se inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, de hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se le administran mediante el uso de un equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se autoadministra mediante inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores, si se inscribió en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinada a su hogar, tiene una fractura ósea que el proveedor de atención médica certifica como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoinyectarse el medicamento. • Antígenos • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto de la heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos y fármacos estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de enfermedades primarias de inmunodeficiencia	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetado de la Parte B de Medicare (continuación) Categorías de medicamentos de tratamiento escalonado de la Parte B (Nota: Las clases de medicamentos que se enumeran a continuación no suelen ser administradas por el paciente) • Antiinflamatorio • Agentes antineoplásicos (cáncer) • Biológicos • Factores estimulantes de colonias • Inmunomoduladores El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de los Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado: www.ccama.org También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados tengan cobertura. No paga nada por sus medicamentos recetados de la Parte D que cubre nuestro plan. La mayoría de los medicamentos de especialidad tienen un límite a un suministro de 30 días. Para verificar si un medicamento determinado está cubierto, llame a Servicios para miembros.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de atención primaria u otro profesional para obtener más información. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección preventiva de obesidad y su terapia.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Entrega y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia grupal e individual • Pruebas de toxicología • Actividades para controlar el consumo • Evaluaciones periódicas No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para contener fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año natural o hacer que la sangre sea donada por usted o por otra persona. Medicare cubre todos los otros componentes de la sangre desde la primera pinta usada. • Pruebas genéticas: servicios prestados según las pautas de Medicare y MassHealth (Medicaid) • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, hable con su socio de atención o llame a Servicios para miembros. En caso de que se necesite información clínica para determinar si un tratamiento es adecuado, CCA Senior Care Options se reserva el derecho de designar a un experto para que revise el plan o la solicitud de tratamiento propuestos.	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa para las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los servicios y suministros terapéuticos***.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos para pacientes ambulatorios Nuestro plan cubre los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre el beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. Nuestro plan también cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, incluida la entrega a domicilio de medicamentos preenvasados, según el beneficio de MassHealth (Medicaid). Categorías de medicamentos cubiertos según el beneficio de Medicaid (MassHealth): • Ciertos medicamentos de venta libre (OTC) recetado de un profesional autorizado para emitir recetas. Generalmente, solo se cubren los medicamentos genéricos de venta libre (OTC). Consulte nuestra Lista de medicamentos completa de MassHealth (Medicaid). Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para miembros o visite nuestro sitio web en www.ccama.org. Además, nuestro plan cubre la tarjeta Healthy Savings Card para comprar ciertos artículos de venta libre aprobados por Medicare. Para obtener más información sobre la asignación de la tarjeta Healthy Savings Card, consulte la sección **Tarjeta Healthy Savings Card para comprar ciertos artículos de venta libre (OTC) y alimentos saludables aprobados por Medicare** detallada anteriormente en esta tabla.	Usted paga $0. Se requiere autorización previa**.**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se prestan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o si le pueden dar de alta. Para que tengan cobertura los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia del estado y los estatutos del personal del hospital para admitir a pacientes en el hospital o para pedir pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden de admisión como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y podría pagar los costos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare que se denomina *¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si está inscrito en Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja de datos está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Usted paga $0.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un proveedor de atención médica certifica que, sin esta atención, se podría requerir tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que no pueden autoadministrarse **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden de admisión como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Los miembros de CCA Senior Care Options tienen montos de costo compartido de $0 para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. Para obtener más información, hable con su equipo de atención o comuníquese con Servicios para miembros. **En caso de que se necesite información clínica para determinar si un tratamiento es adecuado, CCA Senior Care Options se**	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.*** ***Se requiere autorización previa para las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los servicios y suministros terapéuticos. Por ejemplo, las pruebas de diagnóstico por imágenes especializadas y las pruebas de detección especializadas requieren autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
reserva el derecho de designar a un experto para que revise el plan o la solicitud de tratamiento propuestos.	

Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional licenciado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero profesional (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare y con matrícula estatal, según lo permitan las leyes estatales correspondientes. El plan proporciona beneficios de atención de la salud mental y por abuso de sustancias que no son más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que aplicamos a los beneficios médicos, quirúrgicos y de apoyo comunitario. Esto se exige en virtud de la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicción. El plan cubre los siguientes servicios según el beneficio de Medicare: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, auxiliar médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare y con matrícula estatal según lo permitan las leyes estatales correspondientes. En virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid), el plan cubre la atención adicional para pacientes ambulatorios proporcionada por consejeros de salud mental y trabajadores sociales clínicos independientes autorizados. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de diagnóstico • Consulta familiar • Consulta de casos • Terapia conductual • Tratamiento individual, grupal y de parejas/familiar • Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes hospitalizados	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa para las pruebas neuropsicológicas, pruebas psicológicas, la terapia electroconvulsiva, la estimulación magnética transcraneal repetitiva (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, rTMS) y la esketamina.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
• Consulta sobre medicamentos • Consulta de transición de paciente hospitalizado a ambulatorio • Pruebas psicológicas • Servicios ambulatorios urgentes **Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)** • Terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavioral Therapy, DBT) Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta personal o por telesalud. El plan también cubre los servicios de atención de la salud mental en la comunidad (“servicios de salud mental de esparcimiento”) según el beneficio de MassHealth (Medicaid). Estos son servicios que puede utilizar en lugar de ir al hospital o un centro para algunas necesidades de salud mental. Para obtener más información sobre estos servicios, incluidos los requisitos de autorización previa, visite la sección **Servicios de salud mental alternativos** mencionada anteriormente en esta tabla.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapia independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. Se requiere autorización previa.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Conforme a la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicción, proporcionamos beneficios de atención médica conductual y por abuso de sustancias que no son más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que aplicamos a los beneficios médicos, quirúrgicos, comunitarios y de apoyo. El plan cubre servicios adicionales según el beneficio de MassHealth (Medicaid) que incluyen, entre otros, los siguientes: • Desintoxicación ambulatoria (Nivel II. d) • Tratamiento de acupuntura Mantenimiento con metadona/terapia de reemplazo de opioides	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa para el tratamiento de acupuntura después de 36 sesiones.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros ambulatorios de hospital y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si le harán una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si se hará como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya emitido una orden de admisión como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para una cirugía ambulatoria. Los miembros de CCA Senior Care Options tienen montos de costo compartido de $0 para cirugía ambulatoria. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio. • Para obtener más información, hable con su socio de atención o comuníquese con Servicios para miembros.	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Programa de cuidados paliativos Los cuidados paliativos CCA Senior Care Options tienen por objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una enfermedad grave. Este tipo de atención se centra en el alivio de los síntomas y del estrés de una enfermedad grave. Cuando recibe cuidados paliativos, aún puede recibir tratamiento y terapias que tienen como fin mejorar, o incluso curar, sus problemas médicos. El programa puede ayudarlo a lograr lo siguiente: • Encontrar alivio para el dolor y otros síntomas. • Administrar sus medicamentos. • Comprender su enfermedad y su evolución. • Identificar qué es lo más importante para usted. • Obtener la atención adecuada en el momento adecuado. • Hacer planes y tomar decisiones. • Comunicarse con sus proveedores. • Prepararse para las etapas futuras. Para inscribirse en este programa, hable con su socio de atención. Si es adecuado para sus necesidades, el socio de atención le dará una remisión al programa. **No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por el programa de cuidados paliativos o por un proveedor de la red de CCA.**	Usted paga $0.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su proveedor de atención médica o terapeuta, y que es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo ambulatorio es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud mental, proporcionado en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial. **No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.**	Usted paga $0.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Encargado de atención personal (PCA) Prestación de atención dirigida por el consumidor. Un encargado de atención personal (Personal Care Attendant, PCA) es un cuidador empleado por el miembro para brindar asistencia con las actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, comer), así como con otras actividades realizadas bajo la dirección del miembro o representante, como asistencia con medicamentos u otras necesidades relacionadas con la salud. Nuestro plan cubre estos servicios según el beneficio de MassHealth (Medicaid). Los miembros se consideran el empleador del encargado de atención personal y son responsables de reclutar, contratar, programar, capacitar y, si es necesario, despedir a sus encargados de atención personal. Si no puede cumplir con alguna de las responsabilidades mencionadas anteriormente, debe usar un sustituto aprobado.	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***
Atención personal Además de los servicios enumerados en la sección de **servicios domésticos**, las agencias de atención personal (también llamadas agencias de atención a domicilio) brindan además asistencia para bañarse, vestirse, lavarse o peinarse el cabello, cuidado de los pies (no incluye corte de uñas), cuidado de la dentadura, afeitarse, ir al baño, comer, preparar comidas, deambular y trasladarse. Nuestro plan cubre estos servicios según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios realizados en un consultorio médico, un centro certificado de cirugía ambulatoria, un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consulte, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y relacionados con el equilibrio, realizados por su PCP o por un especialista si su médico lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud (atención virtual), entre los que se incluyen servicios por necesidad de urgencia, servicios de salud domiciliarios, servicios de proveedores de atención primaria, servicios de terapia ocupacional, sesiones individuales de servicios especializados de salud mental, otros profesionales de atención médica, sesiones individuales de servicios psiquiátricos, servicios de fisioterapia y fonoaudiología, y sesiones individuales para el consumo de sustancias en pacientes ambulatorios. o Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta personal o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. o Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros con diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal de un hospital o en un hospital con acceso crítico, un centro de diálisis renal o el domicilio del miembro. o Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de accidente cerebrovascular. o Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud	Usted paga $0. Si su PCP le ha realizado un examen que califica, puede recibir una recompensa de hasta $25 en su tarjeta Healthy Savings Card por año calendario en el momento en que el proveedor le factura a CCA por el servicio. ***Se requiere autorización previa para: centros quirúrgicos ambulatorios certificados, atención dental que no sea de rutina y servicios prestados por proveedores fuera de la red.***

conductual concomitante, independientemente de su ubicación. o Controles de telesalud (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su proveedor de atención médica durante 5 a 10 minutos **si:** ▪ no es un paciente nuevo **y** ▪ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** **Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)** ▪ el control no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. • La evaluación de video o imágenes que envíe a su proveedor de atención médica y la interpretación y seguimiento por parte de su proveedor de atención médica dentro del plazo de 24 horas si: o no es un paciente nuevo **y** o la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o la evaluación no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible. • Consultas que tenga su proveedor de atención médica con otros proveedores de atención médica por teléfono, internet o registros de salud electrónicos **si** no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red o un proveedor fuera de la red para cualquier atención, incluida la cirugía antes de recibir el servicio. Su PCP/equipo de atención lo ayudará a coordinar los servicios de un proveedor fuera de la red que brinde una segunda opinión en caso de que algún proveedor de la red no esté disponible. • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
neoplásica maligna, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). • Para obtener más información sobre los servicios dentales, incluidos los requisitos de autorización previa, consulte la sección **Servicios dentales** detallada anteriormente en esta Tabla. Consulte “Visita anual de bienestar” para obtener detalles sobre la recompensa por la visita anual de bienestar anual para los exámenes físicos anuales.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas en las extremidades inferiores. El plan también cubre atención podiátrica, incluida la atención de rutina de los pies, según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa para los servicios de podiatría y cirugía podiátrica proporcionados en un hogar de convalecencia.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios terapéuticos digitales recetados El plan cubre reSET y reSET-O, una aplicación de terapia cognitiva conductual a demanda de 12 semanas que se puede descargar en un teléfono inteligente. Esta terapia está indicada para adultos que reciben tratamiento en un programa de tratamiento ambulatorio para trastornos por consumo de sustancias y trastornos por consumo de opioides. El tratamiento con reSET-O debe combinarse con una terapia que incluya buprenorfina transmucosa. **Trabaje con su proveedor y con el plan CCA Senior Care Options para determinar si esto será una buena opción para usted. Para obtener más información, llame a la línea de Servicios para miembros del plan.**	Usted paga $0.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombre de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses): • Examen digital del recto • Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) **No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.**	Usted paga $0. No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, férulas, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (que incluyen un sostén quirúrgico tras una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura tras una cirugía de cataratas o eliminación de cataratas; consulte **Atención oftalmológica** más adelante en esta sección para obtener más detalles. El plan también cubre la atención de las prótesis que Medicare no cubre según el beneficio de MassHealth (Medicaid). Para obtener una lista detallada, hable con su equipo de atención o llame a Servicios para miembros.	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y que poseen una orden de rehabilitación pulmonar del proveedor de atención médica que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de relevo Incluye la prestación de servicios de atención residencial de hasta 24 horas, los 7 días de la semana para aliviar a los cuidadores del estrés diario y las demandas de cuidar a un miembro para fortalecer y sustentar el sistema de apoyo informal. Estos servicios se pueden proporcionar en caso de emergencia o planificarse previamente para un período específico. Nuestro plan cubre estos servicios según el beneficio de MassHealth (Medicaid). **No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.**	Usted paga $0.
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos inscritos en Medicare que abusen del alcohol sin ser dependientes. Si la prueba de detección de abuso de alcohol resulta positiva, usted puede obtener hasta 4 sesiones individuales de terapia por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante la sesión) proporcionadas por un proveedor de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria. El plan cubre servicios adicionales según el beneficio de MassHealth (Medicaid). **No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.**	Usted paga $0. No hay copago, coseguro ni deducible para el beneficio preventivo de la prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de, al menos, 1 paquete diario por 20 años y que fuman actualmente o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumpla con los requisitos de Medicare para dichas consultas, a cargo de un médico o profesional no médico calificado. **Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT tras la prueba de detección inicial con LDCT***:* el afiliado inscrito debe recibir una orden escrita para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que podrá emitirse durante cualquier visita adecuada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide brindar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.	Usted paga $0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección del virus de la hepatitis C (VHC) Cubrimos la detección del VHC cuando la solicita el proveedor de atención primaria dentro del contexto de un entorno de atención primaria y la realiza un proveedor elegible para estos servicios. El plan cubre la detección del VHC para adultos que cumplen con cualquiera de las siguientes condiciones: • Aquellos con alto riesgo de infección por el virus de la hepatitis C • Aquellos que no cumplen con requisito de el alto riesgo definido anteriormente, pero que nacieron entre 1945 y 1965, o recibieron una transfusión de sangre antes de 1992 No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con un riesgo aumentado de ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están a cargo de un proveedor de atención primaria y se prestan en un entorno de atención primaria, como un consultorio de un proveedor de atención médica. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para el beneficio cubierto por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.

Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación sobre las enfermedades renales para enseñar sobre cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para miembros que tengan una enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su proveedor de atención médica, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital para cuidados médicos especializados). • Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo domiciliario (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudarlo en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua). Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red o para la diálisis proporcionada por un proveedor fuera de la red cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.	Usted paga $0.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 11 de este documento. Los centros de atención de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Tiene cobertura de hasta 100 días de atención de enfermería especializada por cada período de beneficios. Su estancia es ilimitada para la atención a largo plazo. No es necesario que haya una estadía previa en el hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que recibe como parte de su plan de atención (incluidas las sustancias que están naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año natural o hacer que la sangre sea donada por usted o por otra persona. Medicare cubre todos los otros componentes de la sangre desde la primera pinta usada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF. • Análisis de laboratorio proporcionados habitualmente por los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados habitualmente por los SNF. • Uso de equipos, como sillas de ruedas, proporcionados habitualmente por los SNF. • Servicios proporcionados por médicos/profesionales de la salud.	Usted paga $0. Si MassHealth (Medicaid) determina que usted tiene que pagar un monto pagado por el paciente (PPA) mensual por su cuidado asistencial, usted es responsable de estos pagos a MassHealth (Medicaid). ***Se requiere autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Generalmente, recibirá atención de SNF en un centro de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. El plan también cubre 8 sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar según el beneficio de MassHealth (Medicaid). • No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención diurna social y para la demencia Incluye la prestación de servicios de apoyo en un entorno grupal para ayudar a que los miembros se recuperen de una enfermedad aguda o controlen una enfermedad crónica. Los servicios prestados incluyen planificación de la atención, servicios sociales, actividades terapéuticas, nutrición y transporte; los servicios se enfocan en las fortalezas y habilidades del miembro mientras mantiene la conexión con la comunidad. Nuestro plan cubre estos servicios según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa.***

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas
 	
Los beneficios de CCA Senior Care Options incluyen los siguientes servicios adicionales:
 	
• Asignación para alimentos y productos naturales para miembros diagnosticados con una enfermedad crónica aprobados por CCA.
  ○ Los miembros que califiquen tendrán acceso a esta asignación a través de su tarjeta Healthy Savings Card de CCA como parte de su asignación por trimestre calendario de artículos de venta libre (OTC) de $475 en tiendas minoristas OTC de la red.
• Asignación para el pago de servicios públicos para miembros diagnosticados con una enfermedad crónica.
  ○ Los miembros que califiquen tendrán acceso a esta asignación a través de su tarjeta Healthy Savings Card de CCA como parte de su asignación por trimestre calendario de artículos de venta libre (OTC) de $475 en tiendas minoristas OTC de la red.
 	
• Protección contra robo de identidad para miembros diagnosticados con una enfermedad crónica.
  ○ La protección contra robo de identidad ofrece monitoreo de su información personal para detectar signos de fraude. Lo ayudan a recuperar su identidad y le reembolsan los costos que pueda tener debido al robo de identidad.
  ○ Los miembros que califican pueden inscribirse para la protección contra el robo de identidad a través de nuestro socio, ID Watchdog, de Equifax. Puede encontrar información sobre ID Watchdog y cómo inscribirse en la página de Socios de CCA de nuestro sitio web: www.ccama.org/
  ○ Los miembros deben usar ID Watchdog (Equifax) para obtener cobertura para este beneficio.
  ○ Una vez que se inscriba, estará inscrito hasta el final del año del plan actual. Si decide cancelar su
	Usted paga $0.
	
	Los miembros con una afección crónica que califique recibirán:
	• Una asignación compartida por trimestre calendario de artículos de venta libre (OTC) de $475 para comprar alimentos, productos naturales y pagar servicios públicos aprobados por CCA con su tarjeta Healthy Savings Card en tiendas minoristas OTC de la red.
	• La protección contra el robo de identidad de ID Watchdog (Equifax) y el transporte no médico son gratuitos para los miembros con una afección crónica que califique.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
inscripción, no podrá volver a inscribirse hasta el próximo año. o Puede comunicarse con Equifax llamando al 866-513-1518. **Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)** Entre las afecciones crónicas, se incluyen las siguientes: dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastornos neurológicos, enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes, demencia, trastornos cardiovasculares, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad hepática en etapa terminal, enfermedad renal en etapa terminal, trastornos hematológicos graves, VIH/sida, trastornos pulmonares crónicos y accidente cerebrovascular. Las enfermedades crónicas generalmente son afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección es diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluido su proveedor de atención primaria, profesional en enfermería y proveedores similares.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicios supervisados (SET) La terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) es para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una orden para recibir atención para la PAD del médico responsable del tratamiento para esta enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumple con los requisitos del programa para la SET. El programa de la SET debe cumplir los siguientes requisitos: • Consistir en sesiones de entre 30 y 60 minutos de duración que comprendan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación • Ser realizado en un centro de servicios ambulatorios de un hospital o en el consultorio de un médico • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y que dicho personal esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • Ser proporcionado bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica, quien deberá estar capacitado en técnicas de asistencia vital básicas y avanzadas. Es posible que la SET tenga cobertura de más de 36 sesiones en 12 semanas para alcanzar 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Su costo es de $0. ***Se requiere autorización previa.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Transporte (médico y que no sea de emergencia) El plan cubre el transporte que usted necesita por motivos médicos que no sean emergencias a destinos aprobados del plan y citas confirmadas en el área de servicio del plan dentro de las 50 millas de la ubicación de recogida. Los viajes deben reservarse con 72 horas de anticipación, de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este, y sábados y domingos de 8 a.m. a 12 p.m., hora del este. Nuestro plan cubre este beneficio de transporte que no es de emergencia según el beneficio de MassHealth (Medicaid). **El plan utiliza soluciones de transporte coordinado (Coordinated Transportation Solutions, CTS) para todos los traslados de transporte que no sean de emergencia. Para comunicarse con CTS, llame al 855-204-1410 (TTY 711). CTS debe coordinar el transporte que será cubierto por CCA Senior Care Options.**	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa para viajes a más de 50 millas de la ubicación de recogida.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Transporte (para fines no médicos) Se proporcionan ocho (8) viajes de ida por mes para fines no médicos, como compras de comestibles y el gimnasio a menos de 50 millas de la ubicación de recogida. Los viajes no utilizados dentro del mes no se trasladan para uso futuro. Los viajes deben reservarse con al menos 72 horas de anticipación, de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este, y sábados y domingos de 8 a.m. a 12 p.m., hora del este. Si no puede realizar un viaje programado, debe cancelar el viaje, al menos, 2 horas antes de la hora de recogida programada. Si no cancela su viaje y no se presenta, o lo cancela con menos de 2 horas de antelación, el viaje programado se contará como uno de los ocho (8) viajes simples no médicos mensuales. Este beneficio está cubierto por el plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid). ***Se requiere autorización previa para viajes a más de 50 millas del lugar de recogida y para más de ocho (8) viajes de ida por mes.*** El plan utiliza soluciones de transporte coordinado (Coordinated Transportation Solutions, CTS) para todos los traslados de transporte que no sean de emergencia. Para comunicarse con CTS, llame al 855-204-1410 (TTY 711). CTS debe coordinar el transporte que será cubierto por CCA Senior Care Options.	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa para viajes a más de 50 millas de la ubicación de recogida.***

Servicios por necesidad de urgencia Se proporcionan servicios por necesidad de urgencia para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata cuando, dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios por necesidad de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y por razones médicas. Algunos ejemplos de cuando el plan debe cubrir servicios por necesidad de urgencia fuera de la red son: si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una enfermedad imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red. El costo compartido de los servicios por necesidad de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red. Como miembro de CCA Senior Care Options, usted tiene responsabilidades de costo compartido de $0. El plan también cubre la atención por necesidad de urgencia y los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios por un monto de hasta cien mil dólares ($100,000) por año calendario. Este es un beneficio complementario que cubre nuestro plan. Para obtener más información sobre la atención por necesidad de urgencia, consulte el Capítulo 3. Siempre que sea posible, debe informar a su PCP y al equipo de atención de CCA cuando reciba atención por necesidad de urgencia. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.	Usted paga $0.

Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <u>Servicios oftalmológicos que no son de rutina</u> • Servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oculares) de la vista para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son aquellas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, diabetes, personas afroamericanas de 50 años o más y estadounidenses hispanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). No se requiere autorización previa para los servicios oftalmológicos ambulatorios proporcionados por un proveedor de la red. El plan cubre servicios <u>oftalmológicos de rutina</u> adicionales que normalmente no están cubiertos según el beneficio de Medicare y (MassHealth). El plan paga los siguientes artículos sin autorización previa: • Examen oftalmológico de rutina (uno por año calendario) • Anteojos de hasta $350 por año calendario, incluidos marcos, lentes, lentes de contacto y/o mejoras.	Usted paga $0. ***Se requiere autorización previa para cualquier anteojo, lente o lente de contacto que supere el límite de $350.***

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención oftalmológica (continuación) ○ Los lentes de contacto pueden entregarse solo con una receta escrita y fechada. La receta debe basarse en los resultados de un examen oftalmológico realizado por el profesional que emite la receta. ○ La receta debe incluir toda la información necesaria para permitir que un profesional practicante solicite la receta y que el plan cubra el servicio conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid). El plan también cubre servicios oftalmológicos adicionales según el beneficio de MassHealth (Medicaid). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Un (1) juego de marcos de reemplazo o lentes de contacto de hasta $350 y lentes de base (monofocales, bifocales y trifocales) una vez cada dos (2) años calendario. No se requiere autorización previa para los servicios oftalmológicos de rutina proporcionados por un proveedor de la red. VSP es el administrador de los beneficios de los servicios de atención oftalmológica de rutina del plan, que incluyen exámenes y anteojos. Para comunicarse con VSP, llame al 1-855-492-9028, de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Visita preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La visita incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas vacunas y prueba de detección) y remisiones para otra atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva *Bienvenido a Medicare* solo durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su proveedor de atención médica que quiere programar su visita preventiva *Bienvenido a Medicare*.	Usted paga $0. No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos por Medicare.

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que no tienen cobertura del plan en ningún caso o que tienen cobertura del plan solo en casos específicos. La tabla también le indica si los servicios o artículos están cubiertos por el plan en virtud de los beneficios de MassHealth (Medicaid).

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se detallan a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de urgencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción ocurre frente a una apelación y decisión, es decir, a partir de una apelación de que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto a causa de su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 8 de este documento).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en el siguiente cuadro o en la Tabla de beneficios médicos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubierto solo en casos específicos, incluso si está cubierto por el plan según MassHealth (Medicaid)
Cirugía o procedimientos estéticos.		• Con cobertura en caso de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica.
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.		• Pueden tener la cobertura de Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. • (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos que se cobran por la atención provista por sus familiares directos o miembros de su familia.		• Pueden estar cubiertos por el plan en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid) y cuando se aprueben por adelantado. Por ejemplo, si participa en el programa de encargado de atención personal (PCA) y su proveedor de atención primaria/equipo de atención autoriza a cierto miembro de la familia a actuar como su PCA. (Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el cuidado asistencial).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubierto solo en casos específicos, incluso si está cubierto por el plan según MassHealth (Medicaid)
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.		• Puede estar cubierta por el plan en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid) solo cuando no haya disponibilidad de otros modos alternativos de atención. Se requiere autorización previa.
Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna situación	
Atención dental que no sea de rutina		• Es posible que la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión esté cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Es posible que se requiera autorización previa. (Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre la atención dental).
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		• Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético. Es posible que el beneficio de MassHealth (Medicaid) cubra artículos adicionales. Es posible que se requiera autorización previa. (Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubierto solo en casos específicos, incluso si está cubierto por el plan según MassHealth (Medicaid)
Artículos personales en la habitación de un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubiertos en ninguna situación	
Habitación privada en un hospital.		• Tiene cobertura solo cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.		• Tienen cobertura solo si estos servicios o suministros están cubiertos según el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión disminuida		• Se brinda cobertura para un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas en virtud del beneficio de Medicare. El plan cubre servicios adicionales, incluida la atención de rutina según el beneficio de MassHealth (Medicaid). Es posible que se requiera autorización previa. (Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre atención oftalmológica y anteojos).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare		• Los servicios que se consideran no razonables o innecesarios de acuerdo con los estándares de Original Medicare no están cubiertos, a menos que nuestro plan los enumere como servicios cubiertos o estén cubiertos por el plan conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid), o que se determine que son necesarios en función del plan de atención personalizado que se firmó.

CAPÍTULO 5:

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

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Debido a que es elegible para MassHealth Standard (Medicaid), usted califica y recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que forma parte del programa "Ayuda adicional", **hay información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que no se aplica a su caso.** Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que obtienen Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados* (también conocida como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para miembros y pida la cláusula LIS. (Los números de teléfono de Servicios para miembros se encuentran en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para utilizar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos que reciben cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura para usted conforme a los beneficios de MassHealth (Medicaid). La Lista de medicamentos le informa cómo averiguar sobre su cobertura de medicamentos de MassHealth (Medicaid). Para obtener más información, llame a Servicios para miembros. También puede visitar nuestro sitio web www.ccama.org para averiguar qué medicamentos están cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

El plan normalmente cubre sus medicamentos siempre que siga estas normas básicas.

- Debe solicitarle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emite la receta) que le emita una receta que debe ser válida en virtud de las leyes estatales correspondientes.
- El profesional que emite sus recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.

- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos de receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan*).
- Su medicamento debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan (la llamamos Lista de medicamentos para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben aparecer en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos manuales de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos de receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan

Sección 2.1 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 cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para suministrar sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la "Lista de medicamentos" del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.ccama.org) o llamar a Servicios para miembros.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha utilizado abandona la red?

Si la farmacia que ha utilizado abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para

miembros o usar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestra página web: www.ccama.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas veces las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (LTC). En general, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, contacte a Servicios para miembros.
- Farmacias que sirven al programa de salud indígena/tribal/urbano del Servicio de Salud Indígena (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos de los Estados Unidos o Alaska pueden usar estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que expenden medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota**: Esta situación es muy infrecuente).

Lumicera Health Services es la farmacia de especialidad preferida del plan. Proporcionan a los miembros de CCA Senior Care Options sus medicamentos especiales y ofrecen apoyo personalizado. Comuníquese con Lumicera las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 855-847-3553 si tiene alguna pregunta sobre cómo surtir medicamentos de especialidad.

Para localizar otras farmacias especializadas, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios para miembros.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de envío por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos enviados por correo son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como medicamentos de **envío por correo en nuestra** “Lista de medicamentos”.

El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro **de hasta 100 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, puede elegir una de las tres opciones siguientes:

1. Llame a Servicios para miembros.
2. Visite nuestro sitio web www.ccama.org y vea la información en “Formularios para miembros”.
3. Hablar con su equipo de atención.

Si su receta se retrasa, puede comunicarse con Costco Pharmacy en línea en http://pharmacy.costco.com para obtener más información o por teléfono llamando al 800-607-6861. El horario de atención al cliente de Costco es de 8 a.m. a 10 p.m., de lunes a viernes, y de 12:30 p.m. a 5 p.m. los sábados. Si se requiere apoyo adicional, puede comunicarse con Servicios para miembros de CCA para obtener una anulación de medicamentos en su farmacia local para un suministro limitado de medicamentos. En general, recibirá un envío por correo de la farmacia dentro de un plazo de 14 días. Si, por algún motivo, su envío por correo se demora, llame a Servicios para miembros. Lo ayudaremos a obtener las recetas que necesita.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica.
Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se contactará con usted para preguntarle si quiere surtir el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted para decirles si deben enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de recetas enviadas por correo. Para resurtir recetas, comuníquese con su farmacia dentro de un período de entre 14 y 21 días antes de que se terminen sus medicamentos actuales para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

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

El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de los medicamentos de mantenimiento que aparecen en la “Lista de medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permiten recibir un suministro a largo plazo de algunos medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias de la red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envío por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?

Su receta puede tener cobertura en ciertas situaciones

En general, pagamos 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 puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios para miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, pierde o se le acaban sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red.
  - Antes de surtir su receta en una farmacia fuera de la red, llame a nuestro número gratuito de Servicios para miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área a la que viaja.
  - Si no hay farmacias de la red en esa área, el Servicio para los Miembros puede hacer las gestiones necesarias para que usted obtenga sus recetas en una farmacia fuera de la red. En caso contrario, tendrá que pagar el costo total cuando surta su receta.
  - Puede solicitarnos que le reembolsemos el costo enviándonos un reclamo. Para saber cómo presentar un reclamo, consulte el proceso de reclamos descrito en el Capítulo 6.
  - No podemos pagar ninguna receta que sea surtida por farmacias fuera de Estados Unidos y sus territorios, incluso por una emergencia médica.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red (dentro de una distancia razonable en automóvil) que brinde servicio las 24 horas.

- Si intenta surtir un medicamento recetado cubierto que no suele estar en el inventario de una farmacia minorista de la red o de nuestra farmacia de envío por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos especializados).

- Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado.

En estos casos, cubriremos un suministro de 31 días de medicamentos recetados cubiertos que se surten en una farmacia fuera de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. (En la Sección 2 del Capítulo 6, se explica cómo solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben aparecer en la "Lista de medicamentos" del plan

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" informa qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)".* En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar.**

Los medicamentos que figuran en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de proveedores de atención médica y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La "Lista de medicamentos" incluye medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura para usted según los beneficios de MassHealth (Medicaid). Le enviamos la Lista de medicamentos de venta libre (OTC) de MassHealth (Medicaid). Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por MassHealth (Medicaid), llame a Servicios para miembros. También puede visitar nuestro sitio web en www.ccama.org.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la "Lista de medicamentos" del plan siempre que sigan las normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento que cumpla con *una de estas condiciones*:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se receta;
- *o* --estar fundamentado con ciertas referencias, como el Servicio de Información sobre Medicamentos del Vademécum del Hospital Americano y el Sistema de información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y medicamentos biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado médica que tiene los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos y, normalmente, cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos caros que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

¿Qué *no* está incluido en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.
- Los medicamentos cubiertos por MassHealth (Medicaid) no están incluidos en la Lista de medicamentos de Medicare (Vademécum). Le enviamos la Lista de medicamentos de venta libre (OTC) de MassHealth (Medicaid). Para obtener más información, llame a Servicios para miembros. También puede visitar el sitio web del plan

(www.ccama.org) para averiguar qué medicamentos están cubiertos por MassHealth (Medicaid).

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

Tiene tres maneras de saberlo:

1. Consulte la "Lista de medicamentos" más reciente que proporcionamos electrónicamente. (Tenga en cuenta lo siguiente: La "Lista de medicamentos" que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la "Lista de medicamentos" proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la "Lista de medicamentos", debe comunicarse con Servicios para miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.ccama.org). La "Lista de medicamentos" que figura en el sitio web siempre es la más actual.
3. Llame a Servicios al Miembro para saber si un medicamento está en la "Lista de medicamentos" del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (https://www.commonwealthcarealliance.org/ma/members/pharmacy-benefits/ o llame a Servicios para miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos" para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de proveedores de atención médica y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones anteriores aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, verifique la "Lista de medicamentos". Si un medicamento seguro y de menor

costo funciona a nivel médico como uno de mayor costo, las normas del plan están creadas para recomendarles a usted y a su proveedor que usen la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto es así porque el mismo medicamento puede diferir en función de factores como la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones para diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg contra 100 mg; una vez por día contra dos veces por día; comprimido o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Si existe una restricción para su medicamento, en general, significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para miembros para saber qué deberían hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si quiere que anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos una excepción. Podemos aceptar o rechazar anular la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 8).

Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Generalmente, un medicamento **genérico** funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. **Si existe una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico no funcionará para usted *O* ha escrito “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento *de marca O* nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, cubriremos el medicamento de marca.

Obtención de la aprobación por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esta se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos fármacos. Si no recibe esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Prueba de un medicamento diferente primero

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos e igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, pero el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede pedirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona con usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **"tratamiento escalonado"**.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que quisiera?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto del modo en que quisiera

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado médica que toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar, que no está en nuestro vademécum o que está en el vademécum con restricciones. Por ejemplo:

- Tal vez el medicamento no tiene cobertura. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones especiales sobre la cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4.

Hay cosas que puede hacer si un medicamento no está cubierto del modo en que quisiera.

- Si su medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué hacer.

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

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, estas son las opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar al plan que cubra el medicamento o elimine la restricción.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **debe haberse retirado de la “Lista de medicamentos” del plan, O BIEN, debe tener actualmente alguna restricción**.

- **Si usted es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan**.**

- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.

- Este suministro temporal será por un máximo de 31 días. Si su receta se emitió por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para brindar un suministro máximo de hasta 31 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención de largo plazo puede brindar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el uso innecesario).
- **Para aquellos miembros que están en el plan desde hace más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato**. Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.

- **Para aquellos que tienen una transición en el nivel de atención.** Proporcionaremos un suministro de emergencia de al menos 31 días (a menos que la receta indique menos días) para todos los medicamentos que no estén en el vademécum, incluidos aquellos que puedan estar sujetos a requisitos de un tratamiento escalonado o a una autorización previa. Una transición de nivel de atención que no fue prevista podría ser cualquiera de las siguientes:
    - un alta o ingreso a un centro de atención a largo plazo,
    - un alta o ingreso a un hospital, o
    - un cambio de nivel especializado en un centro de enfermería

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

Durante el tiempo que utilice un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiarse a otro medicamento.

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que quisiera que esté cubierto. Si el proveedor dice que existen razones médicas que justifican el hecho de solicitarnos una excepción, puede ayudarlo a pedir una. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no se encuentre en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin las restricciones.

Si es miembro actual y un medicamento que toma se eliminará del vademécum o se restringirá de algún modo para el año siguiente, le avisaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que emite la receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 indica qué deben hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare estableció para asegurarse de que su pedido se maneje de manera imparcial y rápida.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura se modifica 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 se produce al inicio de cada año (1.° de enero). Sin embargo, el plan puede realizar algunos cambios a la “Lista de medicamentos” durante el año. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la “Lista de medicamentos”**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de medicamentos” del plan.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos información sobre estos en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea de forma regular. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se hicieron cambios en un medicamento que toma.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a uno de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas opciones)**
    - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca incluido en nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y con las

mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero cambiarlo de inmediato a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas opciones, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.

- Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, aún si está tomando actualmente el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluye información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Puede que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o el profesional que emite la receta pueden solicitar al plan una excepción y que siga cubriendo el medicamento de marca para su caso. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse poco seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si toma ese medicamento, le informaremos al respecto de inmediato.
  - El profesional que emite la receta también sabrá sobre este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que comience el año, que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costos compartidos, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas opciones. También podemos hacer cambios según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación o avisarle del cambio y del resurtido de 31 días del medicamento que toma en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con el profesional que emite la receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que toma.

- Usted o el profesional que emite la receta pueden solicitarnos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento para su caso. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8.

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

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

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual son:

- Ponemos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la "Lista de medicamentos".

Si alguno de estos cambios es por un medicamento que toma (excepto por retirada del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a uno de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no vea aumentos en sus pagos ni restricciones adicionales sobre su uso del medicamento. No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la "Lista de medicamentos" para el próximo año del plan (cuando esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 8). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por MassHealth (Medicaid), debe pagarlo por su cuenta (excepto en el caso de ciertos medicamentos excluidos cubiertos en virtud de nuestra cobertura de medicamentos mejorada).

Estas son tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan en general no puede cubrir el uso no aprobado. El uso no aprobado es cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento con la aprobación de la FDA.
- Se permite la cobertura del “uso no aprobado” solo cuando el uso se fundamenta en ciertas referencias, como el Servicio de Información sobre Medicamentos del Vademécum del Hospital Americano y el Sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos indicadas a continuación no están cubiertas por Medicare: Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted en virtud de su cobertura de medicamentos de MassHealth (Medicaid). Le enviamos una Lista de medicamentos de venta libre (OTC) de MassHealth (Medicaid). Para obtener más información, llame a Servicios para miembros. También puede visitar el sitio web del plan (www.ccama.org) para averiguar qué medicamentos están cubiertos por MassHealth (Medicaid).

- Medicamentos sin receta médica (también llamados de venta libre). Ciertos medicamentos de venta libre están cubiertos para usted en virtud de su cobertura de medicamentos de MassHealth (Medicaid).
- Medicamentos cuando se usan para promover la fertilidad.
- Medicamentos usados para aliviar síntomas de tos o resfrío. Ciertos medicamentos para el alivio de los síntomas de tos o resfrío están cubiertos en virtud de su cobertura de medicamentos de MassHealth (Medicaid).
- Los medicamentos con fines cosméticos o para promover el crecimiento capilar.
- Productos de vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro. Ciertos productos de vitaminas y minerales están cubiertos para usted en virtud de su cobertura de medicamentos de MassHealth (Medicaid).
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual.

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso. Ciertos productos de vitaminas y minerales están cubiertos para usted en virtud de su cobertura de medicamentos de MassHealth (Medicaid).
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busque exigir que los servicios de monitoreo o pruebas asociadas se le adquieran exclusivamente al fabricante como condición de venta.

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

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

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

Si no tiene su información de membresía del plan con usted cuando obtiene su medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria o puede pedirle al personal de la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. (Luego puede **solicitarnos un reembolso**. Consulte la Sección 2 del Capítulo 6 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

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

Si lo admiten en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, en general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que los medicamentos cumplan todas las normas para la cobertura descritas en este Capítulo.

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

En general, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC), como un hogar de convalecencia, tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra los medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que este utiliza, si y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que este utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para miembros. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir continuamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra "Lista de medicamentos" o que está restringido de alguna manera?

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, para las náuseas, laxante, para el dolor o ansiolítico) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos, porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que emite las recetas o del proveedor de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que emite las recetas que le proporcione una notificación antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de centro de cuidados paliativos o le den el alta de este centro, nuestro plan cubrirá sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos en forma segura

Realizamos revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros a fin de asegurarnos de que reciben una atención adecuada y segura.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros en forma periódica. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como por ejemplo:

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que tal vez no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados por su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que puedan ser perjudiciales para usted si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tengan principios activos a los cuales sea alérgico.
- Errores posibles en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar en forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a asegurarnos de que nuestros miembros toman en forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los cuales se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si toma medicamentos opioides que obtiene de varios proveedores de atención médica o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus proveedores de atención médica para corroborar que esté tomando medicamentos opioides de manera adecuada y médicamente necesaria. Al trabajar con sus proveedores de atención médica, si decidimos que su uso de opioides recetados no es seguro, podemos limitar la

administración de esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que surta todas sus recetas de opioides en ciertas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides de ciertos proveedores de atención médica.
- Limitar la cantidad de opioides que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se explicarán las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores de atención médica o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere que debamos saber. Después de que tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el profesional que emite las recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su pedido en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente, enviaremos su caso a un revisor independiente, externo a nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 8.

No lo colocaremos en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer activo o anemia falciforme, recibe atención en un centro de cuidados paliativos o atención para enfermos terminales, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 El programa Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa para ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Manejo de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y proveedores de atención médica desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos por otras afecciones médicas y tienen costos elevados de medicamentos o están en un DMP para ayudar a que los miembros usen sus opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y sobre

problemas o preguntas que tenga acerca de sus medicamentos recetados o de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma de cada uno, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su proveedor de atención médica sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a la consulta o en cualquier momento en que hable con su médico, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También, tenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su documento de identidad) si va al hospital o a una sala de emergencias.

Si tiene un programa que se adapte a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para miembros.

SECCIÓN 11 Le enviamos informes para explicar los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos realizados por usted cuando usted surtió o resurtió sus recetas en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Específicamente, hay dos tipos de costos que controlamos:

- Llevamos un registro de lo que ha pagado. Esto se llama su costo de “**desembolso directo**”. Con CCA Senior Care Options, no tiene que pagar nada por sus medicamentos recetados, siempre y cuando respete las normas descritas en este capítulo.
- Llevamos un registro de sus “**costos totales de los medicamentos**”. Es el monto de su desembolso directo o del desembolso directo que otros pagan en su nombre más el monto que paga el plan. Los miembros de CCA Senior Care Options son responsables de costos de $0 por los medicamentos cubiertos.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una **Explicación de beneficios de la Parte D (Explanation of Benefits, EOB)** (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes**. Este informe brinda los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1.° de enero.** Se llama información “del año a la fecha”. Muestra los costos de medicamentos totales y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta es información sobre el precio total del medicamento y los incrementos en los precios con respecto al primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta.

Sección 11.2 Ayúdenos a que la información que tenemos sobre sus pagos de medicamentos esté actualizada

Para llevar un registro de los costos y los pagos que realiza por sus medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener correcta y actualizada su información:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a saber las recetas que usted está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus costos de desembolso directo. Para ayudarnos a mantener un registro de sus costos de desembolso directo, entréguenos copias de estos recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de 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 del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por medicamentos que se suministran bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.

- Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o si pagó el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 6. Como miembro de CCA Senior Care Options, usted tiene responsabilidades de costo compartido de $0.

- **Envíenos información acerca de los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se contabilizarán para sus costos de desembolso directo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia farmacéutica estatal, un programa de asistencia de medicamentos para el sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de desembolso directo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos controlar sus costos.
- **Verifique los informes que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo, o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

CAPÍTULO 6:

Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos; usted no debe recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos que ha recibido, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben tener cobertura. Si decidimos que deben tener cobertura, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina **reembolsarle**). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan si pagó los servicios médicos o medicamentos que nuestro plan cubre. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos el dinero por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por costos compartidos según se analizó en el documento. Envíenos la factura a nosotros en lugar de pagarla. La revisaremos y decidiremos si los servicios deben tener cobertura. Si decidimos que deben tener cobertura, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los montos permitidos por el plan. Los miembros de CCA Senior Care Options tienen montos de costos compartidos de $0. Si se contrata a este proveedor, usted de igual modo tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, encontrará algunos ejemplos de casos en los que puede solicitarle al plan un reembolso o que le pague una factura que recibió:

1. **Cuando recibió atención médica de emergencia o por necesidad de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan**

   Puede recibir servicios de emergencia o por necesidad de urgencia de cualquier proveedor, forme o no parte de nuestra red. En estos casos, pídale al proveedor que le facture al plan.

   - Si paga el monto total usted mismo en el momento de recibir la atención, solicítenos que le devolvamos el dinero. Envíe el formulario de reembolso de CCA con el comprobante de pago.

- Puede recibir una factura de un proveedor en la que se solicita un pago que piensa que no adeuda. Antes de pagar la factura, comuníquese con Servicios para miembros.
    - Revisaremos su factura y, si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos al proveedor directamente.

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

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

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Contactaremos al proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Puede solicitarnos que le reembolsemos sus servicios cubiertos.

3. Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan

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

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios cubiertos o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. Tendrá que enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que manejemos el reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando esto sucede, tiene que pagar el costo total de la receta.

Envíe el formulario de reembolso de medicamentos recetados de CCA con el comprobante de pago. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para ver un análisis de estas circunstancias.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta. Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. Envíe el formulario de reembolso de medicamentos recetados de CCA con el comprobante de pago.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan, o puede tener un requisito o una restricción que no conocía o que no piense que le corresponda. Si decide recibir el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle el medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos el servicio o medicamento. Si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 8 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos el pago enviándonos una solicitud por escrito, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable realizar una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamo dentro de los plazos indicados a continuación:**

- **Todas las solicitudes de reembolso** deben presentarse dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reembolso para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe ser por escrito y estar firmada por usted, un representante autorizado o un profesional autorizado para emitir recetas. Se requiere la siguiente información para procesar su solicitud:
  - Nombre y apellido
  - Identificación de miembro o fecha de nacimiento

- Nombre del proveedor de servicios/suministros e identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI)
- Fechas de servicio
- Código(s) de la terminología actualizada de procedimientos médicos (Current Procedural Terminology, CPT)
- Código(s) de diagnóstico
- Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben incluir:
  - Lugar y fecha de compra
  - Monto total pagado
  - Artículos/servicios que se reembolsarán
- El recibo o la factura deben incluir códigos de diagnóstico y procedimientos. Si no tiene una factura detallada disponible, puede enviar un extracto del proveedor en papel con membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados o tarjetas de regalo. CCA no reembolsará los cupones.
- Sería útil que indique el tipo de servicio:
  - Servicios médicos/de salud mental
  - Cuidados dentales
  - Equipos/suministros
  - Servicios de emergencia en todo el mundo
  - Healthy Savings
  - Entrega de comidas
  - Transporte

- Descargue una copia del formulario de reembolso de CCA de nuestro sitio web (www.ccama.org) o llame a Servicios para miembros y pida el formulario.

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

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Member Services Department
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Fax: 617-426-1311

El reembolso de medicamentos recetados es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM), Navitus Health Solutions (Navitus), para proporcionar reembolsos de medicamentos recetados de la Parte D. **Debe enviar su reclamo a Navitus en un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento.**

Para asegurarse de brindarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reembolso de medicamentos recetados para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario de reembolso de receta, pero, al hacerlo, nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe ser por escrito y estar firmada y fechada por usted, un representante autorizado o un profesional autorizado para emitir recetas. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
  - Nombre y apellido
  - Número de teléfono
  - Fecha de nacimiento
  - Sexo
  - Número de id. de miembro:
  - Dirección postal
  - El nombre, la dirección y el número de teléfono de la farmacia que surtió su receta
  - Fechas en que se surtió la receta
  - Descripción y código de diagnóstico
  - Nombre del medicamento
  - Número de receta
  - Para los medicamentos compuestos, se necesita la siguiente información

        - Presentación final del compuesto (crema, parches, supositorio, suspensión, etc.)
        - Tiempo dedicado a preparar el medicamento
        - Ingredientes del compuesto
    - Código nacional del medicamento
    - Cantidad
    - Suministro para cuántos días
    - Volumen total (gramos, ml, cada uno, etc.)
    - Comprobante de pago
    - Nombre y apellido del profesional que emite la receta
    - NPI del profesional que emite la receta
    - Costo original del medicamento
    - Monto que pagó por la receta el seguro primario
    - Monto que el miembro pagó
- Descargue una copia del formulario de reembolso de la receta de nuestro sitio web (www.ccama.org) o llame a Servicios al Miembro y pida el formulario.

Envíe su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, por correo o fax a Navitus a esta dirección:

CCA Senior Care Options Manual Claims
PO Box 1039
Appleton, WI 54912-1039
Fax: 1-855-668-8550

Reembolso de servicios oftalmológicos

El reembolso de atención oftalmológica de rutina es diferente del reembolso de servicios médicos oftalmológicos que no son de rutina. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios oftalmológicos, VSP, para efectuar los reembolsos de los servicios oftalmológicos de rutina. Debe presentar su reclamo a VSP dentro de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos brinda toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reembolso de VSP para realizar su solicitud de pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle.

- No tiene la obligación de utilizar el formulario de reembolso, pero este nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe ser por escrito y estar firmada y fechada por usted, un representante autorizado o un profesional autorizado para emitir recetas. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
    - Fecha de nacimiento del miembro
    - Nombre y apellido
    - Sexo
    - Dirección del miembro
    - Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro
    - Fecha de servicio
    - Tipo de lentes
    - Información del proveedor (nombre, dirección, ciudad y estado)
    - Recibo detallado que incluye los servicios pagados por código, fecha del servicio y método de pago
        - El recibo o la factura deben incluir códigos de diagnóstico y procedimientos. Si no tiene una factura detallada disponible, puede enviar un extracto del proveedor en papel con membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. No podemos aceptar solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados o tarjetas de regalo. No reembolsaremos los cupones.
    - Comprobante de pago

- Descargue una copia del formulario de reembolso de nuestro sitio web (www.ccama.org) o llame a Servicios para miembros y pida el formulario.

Ingrese en línea para enviar su solicitud en www.vsp.com o envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a VSP a esta dirección:

VSP

PO Box 385018

Birmingham, AL 35238-5018

Reembolso de beneficios de audición

El reembolso de servicios de audición de rutina es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios oftalmológicos, NationsHearing, para efectuar los reembolsos de servicios de audición de rutina. **Debe presentar su reclamo a NationsHearing dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.**

Para asegurarse de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reembolso para realizar su solicitud de pago.

- No tiene la obligación de utilizar el formulario de reembolso, pero este nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe ser por escrito y estar firmada y fechada por usted, un representante autorizado o un profesional autorizado para emitir recetas. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
    - Nombre y apellido
    - Identificación de miembro o fecha de nacimiento
    - Nombre del proveedor del servicio/suministro y su NPI
    - Fechas de servicio
    - Código(s) de CPT
    - Código(s) de diagnóstico
    - Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben incluir:

- Lugar y fecha de compra
- Monto total pagado
- Artículos/servicios que se reembolsarán

- El recibo o la factura deben incluir códigos de diagnóstico y procedimientos. Si no tiene una factura detallada disponible, puede enviar un extracto del proveedor en papel con membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados o tarjetas de regalo. CCA no reembolsará los cupones.

- Descargue una copia del formulario de reembolso de nuestro sitio web (www.ccama.org) o llame a Servicios para miembros y pida el formulario.

Ingrese en línea para enviar por correo electrónico a OONClaims@nationsbenefits.com su solicitud de pago junto con su contrato de compra, comprobante de pago y audiograma.

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

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, le reembolsaremos el servicio. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso por correo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento **no** están cubiertos o que **no** respetó todas las normas, no pagaremos la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no enviaremos el pago y sus derechos de apelar esa decisión.

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

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide cambiar la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este documento.

CAPÍTULO 7:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos brindar información de una forma que funcione para usted y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con competencia limitada en inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva u orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder preguntas. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español u otros idiomas o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. También podemos brindarle sin costo información en sistema braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una forma que sea conveniente para usted, llame a Servicios para miembros.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si no hay proveedores de la red del plan disponibles para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame a Servicios para miembros para presentar una queja al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que recibe un trato respetuoso y se reconocen su dignidad y su derecho a la privacidad

- Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a las personas en función de su afección médica, estado de salud, si recibe servicios de salud, experiencia con reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia.
- Para obtener más información o si tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, comuníquese con Servicios para miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para miembros puede ayudarlo.
- Para obtener más información sobre cómo protegemos su derecho a la privacidad, consulte la Sección 1.4.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que proporcione y coordine sus servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga remisiones para visitar a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. Tiene derecho a surtir sus recetas o resurtirlas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin grandes demoras.

Todas las visitas de atención de urgencia y sintomáticas al consultorio o a domicilio están disponibles para usted dentro de las 48 horas. Todas las visitas al consultorio no sintomáticas están disponibles dentro del plazo de 14 días calendario.

En el Capítulo 8, se le informa lo que puede hacer si usted considera que no recibe su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable.

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

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

- Su información médica personal incluye la **información personal** que nos dio cuando se inscribió en este plan y también sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información médica. Le damos un aviso por escrito denominado *Aviso de práctica de privacidad*, que le informa estos derechos y le explica cómo proteger la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no esté proporcionando o pagando su atención, *estamos obligados a primero obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Existen ciertas excepciones que no nos exigen pedir primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
    - Tenemos la obligación de divulgar información médica a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención médica.
    - Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a dar a Medicare su información médica incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y normativas federales. En general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica como un ser único.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se comparte con otras personas

Tiene derecho a mirar sus registros médicos que están en poder del plan, y a obtener una copia de sus registros. Tiene también derecho a solicitarnos realizar agregados o corregir sus registros médicos. Si nos solicita hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para otros fines que no sean de rutina.

Si tiene preguntas e inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para miembros.

Aviso de prácticas de privacidad

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.

Fecha de entrada en vigor: 4 de agosto de 2023

Commonwealth Care Alliance, Inc. está obligada por ley a (i) proteger la privacidad de su **información médica (que incluye información de salud mental)**; (ii) proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad que explica nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información médica y (iii) notificarle si su Información médica no cifrada se ve afectada por una violación.

Nos reservamos el derecho a realizar cambios a este Aviso y a hacer efectivos los cambios para toda la información médica que conservamos. Si realizamos un cambio sustancial en el Aviso, (i) publicaremos el Aviso actualizado en nuestro sitio web; (ii) publicaremos el Aviso actualizado en cada una de las ubicaciones de servicio de nuestros proveedores de atención médica y (iii) pondremos a disposición copias del Aviso actualizado a pedido. También enviaremos a los miembros de nuestro plan de salud información sobre el Aviso actualizado y sobre cómo obtener el Aviso actualizado (o una copia del Aviso) en el próximo envío anual a los miembros. Debemos cumplir con los términos del Aviso que está vigente actualmente.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si tiene preguntas sobre la información de este Aviso o desea ejercer sus derechos o presentar un reclamo, comuníquese con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attention: Privacy and Security Officer
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

SECCIÓN 1: Compañías a las que se aplica este Aviso

Este Aviso se aplica a Commonwealth Care Alliance, Inc. y a sus subsidiarias que están sujetas a la Norma de privacidad según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) como “entidades cubiertas”. Algunas de estas subsidiarias son “**nuestros planes de salud**”, compañías que brindan o pagan beneficios de Medicare Advantage, beneficios de MassHealth (Medicaid) u otros beneficios de atención médica, como una compañía de seguro médico o una organización para el

mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO). Otras subsidiarias son nuestros proveedores de atención médica ("**nuestros proveedores**") que brindan tratamiento a los pacientes, como las clínicas de atención primaria.

En este Aviso se describe la manera en que todas estas entidades usan y divulgan su información médica, y sus derechos con respecto a esa información. En la mayoría de los casos, nuestros planes de salud usan y divulgan su información médica de la misma manera que nuestros proveedores, y sus derechos a su información médica son los mismos. No obstante, podrían existir diferencias, y en este Aviso se explicarán esas diferencias describiendo cómo tratamos la información médica sobre el **miembro de un plan de salud**, en comparación con el trato que damos a la información médica sobre el **paciente de un proveedor**.

Los planes de salud y proveedores a los que se aplica este Aviso incluyen:

Nuestros planes de salud

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

Nuestros proveedores de atención médica

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc., que opera bajo el nombre de CCA Primary Care
- Reliance PO of Michigan, Inc.
- instED™
- Marie's Place

SECCIÓN 2. Información que recopilamos:

Las personas son responsables de proporcionar información médica correcta y completa a Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias (CCA) para que puedan brindarles servicios de calidad. CCA se compromete a proteger la confidencialidad de la información médica de las personas que se recopila o crea como parte de nuestras operaciones y prestación de servicios. Cuando interactúa con nosotros a través de nuestros servicios, podemos recopilar información médica y otra información de usted, como se describe en más detalle a continuación.

La información médica puede incluir información personal, pero todo se considera Información médica cuando la proporciona usted a través de los servicios o en relación con estos:

- Recopilamos información, como direcciones de correo electrónico o información personal, financiera o demográfica de usted cuando nos proporciona voluntariamente dicha información, como cuando se comunica con nosotros con consultas, llena formularios en línea, responde a una de nuestras encuestas, responde a material publicitario o promocional, se registra para acceder a nuestros servicios o utiliza ciertos servicios (entre otros casos).
- Siempre que CCA recopile información médica, pondremos a disposición el acceso a este aviso. Al proporcionarnos información médica, usted otorga su consentimiento para que la usemos de acuerdo con este aviso. Si proporciona información a CCA, usted reconoce y acepta que dicha información puede transferirse desde su ubicación actual a las instalaciones y servidores de CCA y a terceros autorizados con los que CCA mantiene relaciones comerciales.

SECCIÓN 3: Cómo usamos y divulgamos su información médica

En esta sección de nuestro Aviso, se explica cómo podemos usar y divulgar su información médica para brindar atención médica, pagar atención médica, obtener el pago por atención médica y operar nuestro negocio de manera eficiente. En esta sección también se describen otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar su información médica.

Nuestro modelo de atención requiere que nuestros planes de salud y nuestros proveedores de atención médica trabajen junto con otros proveedores de atención médica para brindarle servicios médicos. El personal profesional, los médicos y otros proveedores de atención (denominados “equipo de atención”) tienen acceso a su información médica y comparten su información entre sí, según sea necesario, para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica según lo permitan las leyes.

Tratamiento: Nuestros proveedores pueden usar la información médica de un paciente, y nosotros podemos divulgar información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y servicios relacionados. Esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y la coordinación y la gestión de su atención médica con otras personas.

Ejemplo: Después de ser dado de alta del hospital, nuestro enfermero profesional puede divulgar su información médica a una agencia de atención médica domiciliaria para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después del alta hospitalaria.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para pagar los servicios de atención médica que haya recibido y para obtener el pago de otros por esos servicios.

Ejemplo: Su proveedor de atención médica puede enviar a nuestro plan de salud un reclamo por los servicios de atención médica que se le proporcionaron a usted. El plan de salud puede usar esa información para pagar el reclamo de su proveedor de atención médica y puede divulgar la información médica a Medicare o MassHealth (Medicaid) cuando el plan de salud solicita el pago de los servicios.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permitan brindar los beneficios a los que usted tiene derecho en virtud de nuestro plan de salud y el tratamiento proporcionado por nuestros proveedores. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica para lo siguiente:

- Revisar y evaluar las habilidades, la aptitud y el desempeño de los proveedores de atención médica que lo tratan.
- Cooperar con otras organizaciones que evalúan la calidad de la atención de los demás.
- Determinar si tiene derecho a recibir beneficios en virtud de nuestra cobertura, aunque la ley nos prohíbe usar su información genética para fines de suscripción.

Actividades conjuntas. Commonwealth Care Alliance, Inc. y sus subsidiarias tienen un acuerdo para trabajar juntos para mejorar la salud y reducir los costos. Podemos participar en acuerdos similares con otros proveedores de atención médica y planes de salud. Podemos intercambiar su información médica con otros participantes de estos acuerdos para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica relacionadas con las actividades conjuntas de estos “acuerdos de atención médica organizados”.

Personas que participan en su atención: Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención. Por ejemplo, si nos solicita que compartamos su información médica con su cónyuge, le divulgaremos su información médica a esta persona. También podemos divulgar su información médica a esta persona si usted no está disponible para dar su consentimiento y determinamos que es lo mejor para usted. En una emergencia, es posible que usemos o divulguemos su información médica a un familiar, a otra persona involucrada en su atención o a una organización de ayuda en caso de desastre (como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o enfermedad.

Exigencias de la ley: Usaremos y divulgaremos su información médica siempre que la ley nos exija hacerlo. Por ejemplo:

- Divulgaremos información médica en respuesta a una orden judicial o a una citación.
- Usaremos o divulgaremos su información médica para ayudar con la retirada de un producto o para notificar reacciones adversas a medicamentos.

- Divulgaremos información médica a una agencia de supervisión de la salud que sea responsable de supervisar planes de salud, proveedores de atención médica, el sistema de atención médica en general o ciertos programas gubernamentales (como Medicare y MassHealth [Medicaid]).
- Divulgaremos la información médica de un individuo a una persona que califique como su representante personal. Un “representante personal” tiene autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el padre, la madre o el tutor de un niño, una persona con un poder notarial para la atención médica o el tutor de una persona discapacitada designado por un tribunal.

Amenaza para la salud o la seguridad: Podemos usar o divulgar su información médica si creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.

Actividades de salud pública: Podemos usar o divulgar su información médica para actividades de salud pública, como investigar enfermedades, informar abuso y abandono infantiles o domésticos, y monitorear medicamentos o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar información médica a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley para fines específicos y limitados de cumplimiento de la ley, como la divulgación de información médica sobre la víctima de un delito o en respuesta a una citación de un gran jurado. También podemos divulgar información médica sobre un recluso a una institución correccional.

Peritos forenses y otros: Podemos divulgar información médica a un perito forense, un médico forense o al director de una funeraria, o a organizaciones que ayudan con los trasplantes de órganos, ojos y tejidos.

Indemnización laboral: Podemos divulgar información médica a fin de cumplir con las leyes de indemnización laboral y según estas lo autoricen.

Organizaciones de investigación: Podemos usar o divulgar su información médica para investigaciones que cumplan con ciertas condiciones sobre la protección de la privacidad de la información médica.

Ciertas funciones gubernamentales: Podemos usar o divulgar su información médica para cumplir ciertas funciones gubernamentales, incluidas, entre otras, actividades militares y de veteranos, y actividades de seguridad nacional e inteligencia.

Socios comerciales: Contratamos a proveedores para que cumplan funciones en nuestro nombre. Permitimos que estos "**socios comerciales**" recopilen, usen o divulguen información médica en nuestro nombre para cumplir con estas funciones. Obligamos contractualmente a nuestros socios comerciales (y estos están obligados por ley) a proporcionar las mismas protecciones de privacidad que ofrecemos nosotros.

Comunicaciones para recaudación de fondos: Podemos usar o divulgar información médica para recaudar fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nuestra parte (o en nuestro nombre), puede optar por no participar en futuras actividades de recaudación de fondos.

SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa

Excepto como se describió anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su información médica sin su permiso por escrito ("**autorización**"). Podemos comunicarnos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización para nuestros usos y divulgaciones, o usted puede comunicarse con nosotros para divulgar su información médica a otra persona, en cuyo caso le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito, puede revocarla (o cancelarla) posteriormente. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito (envíenos esto utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso). Si revoca su autorización, dejaremos de usar o divulgar su información médica en función de la autorización, excepto en la medida en que hayamos actuado de conformidad con la autorización. Los siguientes son usos o divulgaciones de su información médica para los cuales necesitaríamos su autorización por escrito:

- **Uso o divulgación con fines comerciales:** Solo podemos usar o divulgar su información médica con fines comerciales si contamos con su autorización por escrito. Sin embargo, podemos enviarle información sobre ciertos productos y servicios relacionados con la salud sin su autorización por escrito, siempre y cuando nadie nos pague por enviar la información.
- **Venta de su información médica:** Commonwealth Care Alliance, Inc. no venderá su información médica. Si lo hiciéramos, necesitaríamos su autorización por escrito.
- **Usos y divulgaciones de notas de psicoterapia:** Excepto para ciertas actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica o según lo exija la ley, solo podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización por escrito.

SECCIÓN 5: Usted tiene derechos relacionados con su información médica

Tiene ciertos derechos relacionados con su información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede comunicarse con nosotros utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso.

Derecho a obtener una copia de este Aviso: Tiene derecho a recibir una copia en papel de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso en formato electrónico.

Derecho a inspeccionar o realizar copias: Tiene derecho a inspeccionar (ver o revisar) y recibir una copia o un resumen de su información médica que mantiene Commonwealth Care Alliance en un "conjunto de registros designado". Si conservamos esta información en formato electrónico, puede obtener una copia electrónica de estos registros. También puede indicar a nuestros proveedores de atención médica que envíen una copia electrónica de la información que mantenemos sobre usted en un registro médico electrónico a un tercero. Debe proporcionarnos una solicitud de este acceso por escrito. Podemos cobrarle un cargo razonable basado en costos para cubrir los costos de una copia de su información médica. De acuerdo con la Norma de privacidad según la HIPAA y en circunstancias muy limitadas, podemos rechazar esta solicitud. Le proporcionaremos una denegación por escrito a más tardar 30 días calendario después de la solicitud (o no más de 60 días calendario si le notificamos una extensión).

Derecho a solicitar que se enmiende la información médica: Si considera que la información médica que tenemos es inexacta o no está completa, tiene derecho a solicitar que enmendemos, corrijamos o agreguemos datos a su información médica. Su solicitud debe realizarse por escrito e incluir una explicación de por qué es necesario cambiar nuestra información. Si estamos de acuerdo, cambiaremos su información. Si no estamos de acuerdo, proporcionaremos una explicación con futuras divulgaciones de la información.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones: Tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su información médica ("**informe de divulgaciones**"). La lista no incluirá divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, divulgaciones realizadas hace más de seis años o determinadas otras divulgaciones. Le proporcionaremos un informe gratuito cada año, pero es posible que le cobremos un cargo razonable en función del costo si nos solicita otro en el plazo de 12 meses. Debe realizar las solicitudes de informes de divulgaciones por escrito.

Derecho a solicitar restricciones a los usos y las divulgaciones: Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que usamos y divulgamos su información médica (i) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o (ii) a las personas involucradas en su atención. Excepto como se describe a continuación, no estamos obligados a aceptar la restricción que solicita. Si aceptamos su solicitud, respetaremos sus restricciones, a menos que la información sea necesaria para tratamiento de emergencia.

Nuestros proveedores de atención médica deben aceptar su solicitud de restringir las divulgaciones de información médica si (i) las divulgaciones son para el pago o las operaciones de atención médica (y no son requeridas por ley) y (ii) la información se refiere únicamente a los

artículos o servicios de atención médica que usted u otra persona en su nombre (que no sean nuestros planes de salud) han pagado en su totalidad.

Derecho a solicitar un método de comunicación alternativo: Tiene derecho a solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted en un lugar diferente o por un método distinto. Por ejemplo, es posible que prefiera que toda la información por escrito se envíe por correo a su dirección laboral en lugar de a su dirección particular o por correo electrónico. Nuestros proveedores de atención médica aceptarán cualquier solicitud razonable en relación con métodos alternativos de comunicación.

SECCIÓN 6: Puede presentar un reclamo sobre nuestras prácticas de privacidad

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo por escrito ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Commonwealth Care Alliance, Inc. no tomará ninguna medida en su contra ni cambiará la forma en que lo trata de ninguna manera si usted presenta un reclamo.

Para presentar un reclamo por escrito o solicitar más información a Commonwealth Care Alliance, Inc., comuníquese con nosotros utilizando la **información de contacto** que figura al comienzo de este Aviso.

SECCIÓN 7: Requisitos específicos del estado

Sistema de Información de Vacunas de Massachusetts: Nuestros proveedores deben informar las vacunas que usted recibe al Sistema de Información de Vacunas de Massachusetts (Massachusetts Immunization Information System, MIIS). El MIIS es un sistema estatal que lleva un registro de las vacunas y es administrado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, MDPH). Si no desea que sus registros de MIIS se compartan con otros proveedores de atención médica, debe enviar un formulario de objeción a la divulgación de datos a la siguiente dirección:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)
Immunization Program
Massachusetts Department of Public Health
305 South Street
Jamaica Plain, MA 02130

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de CCA Senior Care Options, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre las condiciones financieras del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre calificaciones de proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. El Capítulo 5 proporciona información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 8 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito cuando un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 8 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también llamamos apelación.

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a participar con médicos y proveedores en la toma de decisiones sobre su atención

- **Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica.**
- Tiene derecho a obtener toda la información de los médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su enfermedad y sus opciones de tratamiento *de un modo que pueda comprender***.**
- También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus proveedores de atención médica sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:
  - **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias que se recomiendan para su enfermedad, sin importar el costo, o si tienen cobertura de nuestro plan.

También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos en forma segura.

- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que conlleve su atención. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre puede rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar todo tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su proveedor de atención médica le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar el medicamento. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta la responsabilidad total por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia.
- **Estar libre de cualquier tipo de restricción.** Tiene derecho a estar libre de restricciones o aislamiento utilizados como modos de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.

Tiene el derecho de impartir instrucciones sobre qué se hará si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí solas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esa situación. Esto significa que, *si quiere,* puede:

- Completar un formulario escrito para otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones** por escrito sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar indicaciones previas en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Hay distintos tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder notarial para cuidado médico** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si quiere utilizar una directiva anticipada para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede comunicarse con Servicios al Miembro y solicitar un formulario proporcionado por Honoring Choices Massachusetts. También puede descargar una copia del formulario del sitio web de Honoring Choices Massachusetts (www.honoringcoicesmass.com).
- **Complételo y fírmelo.** Sin importar en dónde lo consiga, tenga en cuenta que este formulario es un documento legal.

- **Entregue copias a las personas que corresponda.** Una copia de su poder notarial para atención médica es tan válida como el original. Debe proporcionarles una copia del formulario a su proveedor de atención médica y a sus agentes de atención médica. Le recomendamos proporcionarles copias a sus amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que va a estar hospitalizado y ha firmado un poder notarial para atención médica, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado el formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de voluntades anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su elección si quiere completar una voluntad anticipada (incluso si quiere firmar una cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una voluntad anticipada.

¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado un poder notarial para atención médica y no se cumplieron sus deseos, puede presentar un reclamo ante la Unidad de Reclamos del Departamento de Salud Pública de Massachusetts, División de Calidad de la Atención Médica llamando al 1-800-462-5540. Para presentar un reclamo contra un proveedor de atención médica en particular, llame a la Junta de Registro de Médicos al 781-876-8200.

Sección 1.7 Tiene el derecho a presentar reclamos o apelaciones sobre la organización o la atención que brinda

- Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 8 de este documento le informa qué puede hacer. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo), **estamos obligados a tratarlo de forma imparcial.**
- Puede presentar una apelación interna directamente ante nuestro plan. El Capítulo 8 de este documento le informa lo que debe hacer para presentar una apelación directamente ante el plan. También puede presentar una apelación interna a través de la Administración del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, que remitirá la apelación a nuestro plan. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con la Administración del Seguro Social y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, consulte el Capítulo 2 de este documento.

Sección 1.8 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene alguna recomendación sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros, puede compartir su sugerencia llamando a Servicios para miembros.

Sección 1.9 Qué debe hacer si cree que lo están tratando de manera injusta o que sus derechos no se respetan

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

Si considera que ha recibido un trato injusto o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad de origen, llame 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 llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Es por otro motivo?

Si cree que ha recibido un trato injusto o sus derechos no se han respetado, **y no** se trata de discriminación, puede obtener ayuda con el problema:

- Puede **llamar a Servicios para miembros**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener detalles.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).
    - Puede **llamar a MassHealth (Medicaid)** al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.
    - También puede **obtener ayuda de My Ombudsman** llamando al 1-855-781-9898 (o mediante MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o videoteléfono [Videophone, VP] al 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a info@myombudsman.org.

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para miembros**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener detalles.
- Puede **comunicarse con Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
    - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros.

- **Familiarizarse con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para recibirlos.** Use esta Evidencia de cobertura para saber qué está cubierto en su caso y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
    - El Capítulo 5 proporciona los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** Llame a Servicios para miembros para informarnos al respecto.
- **Decirles a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de miembro del plan cuando reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayudar a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo, al darles información, hacer preguntas y hacer el seguimiento de su atención.**
    - Para obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes

de tratamiento acordados mutuamente entre usted y sus proveedores de atención médica.

- Asegúrese de que sus proveedores de atención médica estén al tanto de los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.

- **Ser considerado**. Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Esperamos que actúe de manera tal que ayude al buen funcionamiento del consultorio del médico, del hospital y de otros consultorios.
- **Pagar lo que adeuda**. Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CCA Senior Care Options, MassHealth (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B. Si MassHealth (Medicaid) no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Si recibe servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro, debe pagar el costo total.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio**, tenemos que saberlo para mantener actualizado su registro de membresía (registro centralizado de afiliado) y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que avise al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).
- **Concientización sobre la recuperación del patrimonio:** La ley federal exige que MassHealth recupere dinero de los bienes de ciertos miembros de MassHealth que tengan 55 años o más, y los que sean de cualquier edad y estén recibiendo atención a largo plazo en un hogar de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio de MassHealth, visite www.mass.gov/estaterecovery.

CAPÍTULO 8

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

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

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

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Hay términos legales para algunas reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son conocidos para la mayoría de la gente, y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo en general se dice “presentar un reclamo” en lugar de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”.
- También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

No obstante, puede ser útil (y a veces bastante importante) que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para recibir la ayuda o la información correcta para su situación. Para saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde recibir más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar un reclamo. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicios para miembros para obtener ayuda. Pero, en ocasiones, es posible que también necesite ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. A continuación, se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna aseguradora o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso utilizar para manejar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

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

Medicare

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

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

También puede recibir ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede contactar a MassHealth (Medicaid). Estas son dos maneras de obtener información directamente de MassHealth (Medicaid):

- Puede llamar al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-800-497-4648.
- Puede visitar el sitio web de MassHealth (Medicaid) (www.mass.gov/mass.health).

Puede obtener ayuda e información de My Ombudsman

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede contactar a My Ombudsman. Estas son tres maneras de obtener información directamente de My Ombudsman:

- Puede llamar al 1-855-781-9898 (los usuarios de TTY deben recurrir a MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al videoteléfono [Videophone, VP] al 339-224-6831).
- Puede visitar el sitio web de My Ombudsman (www.myombudsman.org).
- Puede enviar un correo electrónico a My Ombudsman a info@myombudsman.org.

SECCIÓN 3 Comprender el proceso de reclamos y apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan

Tiene Medicare y recibe asistencia de MassHealth (Medicaid). La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

A veces, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se combinan. En esos casos, utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de MassHealth (Medicaid) para un beneficio cubierto por MassHealth (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 ACERCA DE SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este Capítulo que aplican a su situación. La siguiente información lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o reclamos sobre los **beneficios cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid)**.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, el modo en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago para la atención médica.

Sí.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, "Una guía de los principios básicos de decisiones de cobertura y apelaciones".**

No.

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo, **"Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los períodos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes".**

SECCIÓN 5 Una guía de los principios básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y apelaciones hacen referencia a los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza su decisión de cobertura y proceso de apelaciones para problemas como si algo tiene cobertura o no, y la forma en que se brinda cobertura de algo.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar de este especialista médico, o que la Evidencia

de cobertura deje en claro que el servicio remitido no está cubierto en ninguna condición. Usted o su proveedor de atención médica también pueden contactarnos y pedir una decisión de cobertura si su proveedor no sabe si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso donde se explica por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura o ya no tiene más cobertura de Medicare o MassHealth (Medicaid) para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Las personas que manejen su apelación serán revisores diferentes de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina “Apelación de nivel 1”. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para determinar si seguimos las reglas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso donde se explica por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si respondemos que no a una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si respondemos que no a una parte o la totalidad de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda seguir con niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son algunos recursos si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

- Puede **llamar a Servicios para miembros**.
- Puede **recibir ayuda gratuita** del Programa de Asistencia para Seguros Médicos de Massachusetts (Massachusetts Health Insurance Assistance Program).
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar una solicitud por usted.** Si su proveedor de atención médica ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, deberá ser designado su representante. Llame a Servicios para miembros y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El 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.ccama.org).
    - Para atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Si su médico u otro proveedor de salud solicita que se continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, usted **puede** designar a su médico u otro profesional autorizado para emitir recetas como su representante para actuar en su nombre.
    - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que emite las recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, su médico o profesional que emite las recetas puede solicitar una apelación de nivel 2.

- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, un pariente u otra persona sean su representante, llame a Servicios al Miembro y pida un formulario de "Designación de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, en www.ccama.org.) El formulario da a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
    - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario en los 44 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito donde se explique su derecho a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. También hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no necesita tener un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura ni para presentar una apelación.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo le da detalles para su caso?

Hay cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles para cada una en una sección distinta:

- **Sección 6** de este capítulo, "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo, "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 8** de este capítulo, "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el proveedor de atención médica le está dando de alta demasiado pronto".

- **Sección 9** de este capítulo, “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto” (solo se aplica a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

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

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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para recibir cobertura de atención médica o si quiere que le reembolsemos su atención

Esta sección es sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto*). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud de medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para servicios y artículos médicos.

Esta sección te informa lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo una determinada atención médica que quiere y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

4. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir y pagó por ella, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para una determinada atención médica que estaba recibiendo, y que habíamos aprobado anteriormente, se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es por servicios de atención médica en un hospital, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **determinación de la organización**. Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro del plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro del plazo de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede recibir una decisión rápida de cobertura *solo* si el plazo límite estándar podría *causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su proveedor de atención médica nos dice que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente acordaremos brindarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su proveedor de atención médica, decidiremos si su estado de salud requiere que**

le brindemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Explica que si su proveedor de atención médica solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
- Explica que puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacernos su solicitud de autorización o suministro de cobertura por la atención médica que necesita. Usted, su proveedor de atención médica o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre reclamos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas siguientes si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más**. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si respondemos que no a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo.

Paso 4: Si respondemos que no a su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

- Si respondemos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración** del plan. Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro del plazo de 30 días. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro del plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su proveedor de atención médica deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su proveedor de atención médica nos dice que su estado de salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura" en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos por teléfono.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha de la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta en relación con la decisión de cobertura. Si incumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo de la demora en la apelación cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, buenos motivos serían una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Tanto usted como su proveedor de atención médica pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le dijimos que suspenderíamos o reduciríamos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si usted presenta una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista para la medida, lo que suceda último.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras se procesa su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos con atención toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su proveedor de atención médica.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos responderle **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico**.** Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si respondemos que no a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su afección médica nos lo exige.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos un período adicional de hasta 14 días**

calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si respondemos que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura dentro del plazo de **30 días calendario** o **7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, luego de recibir su apelación.

- **Si nuestro plan responde que no a una parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.**

- Si respondemos que no a una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.

  - Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
  - Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Término legal
La denominación formal para la “organización de revisión independiente” es la **“entidad de revisión independiente”.** A veces, esta se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta

organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser modificada. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que generalmente **tiene cobertura de Medicare,** automáticamente enviaremos el caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones en cuanto finalice la apelación de Nivel 1.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que generalmente **tiene cobertura de MassHealth (Medicaid)**, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. La carta le indicará cómo hacer esto. También encontrará información a continuación.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que podría estar **cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid)**, automáticamente obtendrá una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante la Junta de Audiencias de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) de MassHealth (Medicaid).

Si, en el momento de presentar su apelación de Nivel 1, usted reúne los requisitos para una continuación de los beneficios, es posible que sus beneficios de servicios, artículos o medicamentos sujetos a la apelación continúen durante el Nivel 2. Consulte la página 201 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se relaciona con un servicio que generalmente tiene solo cobertura de Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.

- Si su problema se relaciona con un servicio que generalmente está cubierto por MassHealth (Medicaid), sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta con la decisión del plan.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

<u>Paso 1:</u> La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se llama su **expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para fundamentar su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar un período adicional de hasta 14 días calendario**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** a partir del momento en que recibió su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **esto puede tardar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o prestar el servicio en un plazo de **14 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**, o brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares,** o **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas.**
- **Si esta organización responde que no a una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que no hay que aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:
  - Explicarle su decisión.
  - Notificarle sobre el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el monto en dólares con el que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Indicarle cómo presentar una apelación de nivel 3.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere proseguir con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
  - La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica acerca del proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre:

Paso 1: Puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que generalmente están cubiertos por MassHealth (Medicaid) es una audiencia imparcial con el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** posteriores a la fecha en que enviamos la carta con la decisión de su apelación de Nivel 1. En la carta que reciba de nosotros se le indicará adónde debe presentar su solicitud para una audiencia.

- Para obtener el "formulario de solicitud de audiencia imparcial" o para obtener más información sobre sus derechos de apelación, puede comunicarse con la Junta de Audiencias al 617-847-1200 o al 1-800-655-0338. El formulario también está disponible en: www.mass.gov/how-to/how-to-appeal-a-masshealth-decision.

- Las solicitudes de audiencia deben enviarse por correo o fax a:

  Executive Office of Health and Human Services
  Board of Hearings Office of Medicaid
  100 Hancock Street, 6th floor
  Quincy, MA 02171
  Fax: 1-617-847-1204

- Enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a la Junta de Audiencias. Esta información se llama su "expediente del caso". Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso. Estas copias se proporcionan sin cargo.

- Tiene derecho a proporcionar a la Junta de Audiencias información adicional para respaldar su apelación.

- En la audiencia, puede presentarse o hacer que un representante autorizado actúe en su nombre, o ser representado por un abogado u otro representante cuyo costo corre por su cuenta. Puede comunicarse con un servicio legal local o una agencia comunitaria para obtener asesoramiento o representación sin costo alguno.

Paso 2: La oficina de audiencias imparciales le da su respuesta.

La oficina de audiencias imparciales le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos.

- **Si la oficina de audiencias imparciales responde que sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la oficina de audiencias imparciales.
- **Si la oficina de audiencias imparciales responde que no a una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que no hay que aprobar su pedido (o parte de su pedido) de cobertura por atención médica. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar la apelación”).

Si se rechaza una parte o la totalidad de mi solicitud, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la organización de revisión independiente o de la oficina de audiencias imparciales es negativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la oficina de audiencias imparciales describirá esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está solicitando que paguemos una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por MassHealth (Medicaid), envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Pero, si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Si ya pagó un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid) cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina reembolsarle). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan si pagó los servicios médicos o medicamentos que nuestro plan cubre. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos el dinero por los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es por un

servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o si solicita que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid) que pagó, nos solicitará que tomemos esta decisión de cobertura. Nosotros verificaremos si la atención médica que pagó es por un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si respondemos que sí a su solicitud:** si la atención médica que pagó está cubierta y usted respetó todas las normas, le enviaremos el pago por el costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si respondemos que no a su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos los servicios y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos pide cambiar la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si nos pide que le devolvamos el pago de atención médica que ya recibió y pagó usted, no tiene permitido presentar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro del plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte el Capítulo 5. **Esta sección es sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general, usamos el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D*. También usamos la frase *"Lista de medicamentos"* en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Vademécum*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le indica que no se puede surtir su receta del modo que está emitida, la farmacia le dará una notificación escrita que explica cómo contactarnos para solicitarnos una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le informa lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Si está solicitando que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**

- Si está solicitando que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Si está solicitando la aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Desea que paguemos un medicamento recetado que usted ya compró. **Solicitar que le devolvamos el dinero. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos" a veces se denomina solicitar una **excepción al vademécum.** Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción al vademécum.** Solicitar que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto del modo en que quisiera, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que emite la receta deberán explicar los motivos médicos por los que necesita que le aprueben la excepción. Estos son dos ejemplos de situaciones en que usted, su médico u otro profesional que emite la receta pueden solicitarnos una excepción:

1. **Para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.**
2. **Para eliminar una restricción de un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra "Lista de medicamentos".

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones

Su proveedor de atención médica debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que emite la receta debe brindarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Nuestra decisión será más rápida si incluye esta información de su médico u otro profesional que emite la receta cuando solicita la excepción.

En general, nuestra “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, **no** aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos decir Sí o No a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación en general es válida hasta el final del año del plan. Esto es así siempre y cuando su proveedor de atención médica le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si respondemos que no a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su proveedor de atención médica. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su proveedor de atención médica.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Debe solicitar un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que reembolsemos el costo de un medicamento que ya pagó).
- El plazo límite estándar podría causar *un daño grave a su salud o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico u otro profesional que emite la receta nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que emite la receta), decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explica que usaremos los plazos estándares.
    - Explica que, si su médico u otro profesional que emite la receta solicita una decisión de cobertura rápida, le daremos una decisión de cobertura rápida de forma automática.
    - Le informa cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de brindarle cobertura estándar en lugar de la cobertura rápida que solicitó. Responderemos su reclamo dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacernos su solicitud de autorización o suministro de cobertura por la atención médica que necesita. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura según el Modelo de CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que emite la receta) o su representante pueden hacer esto. También puede tener un abogado que actúe en su nombre. La Sección 5 de este capítulo le informa cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que son los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro profesional que emite la receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro profesional que emite la receta pueden informarnos por teléfono y luego hacer el seguimiento con el envío de la declaración por fax o correo, si es necesario.

Paso 3: Evaluamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para la decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su proveedor de atención médica. Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
    - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.

- **Si respondemos que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del proveedor de atención médica que respalde su solicitud.

- **Si respondemos que no a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su proveedor de atención médica. Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
    - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si respondemos que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que acordamos proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración del proveedor de atención médica que respalda su solicitud.
- **Si respondemos que no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos hacerle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si respondemos que no a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

Paso 4: Si respondemos que no a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si respondemos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan. Una “apelación rápida” también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro del plazo de 7 días. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro del plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que emite la receta necesitarán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su médico u otro profesional que emite la receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 866-610-2273 (TTY 711). El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura según el Modelo de CMS que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre,

información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha de la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta en relación con la decisión de cobertura. Si incumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo de la demora en la apelación cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, buenos motivos serían una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su apelación y agregar más información.** Tanto usted como su proveedor de atención médica pueden agregar más información para respaldar su apelación.

<u>Paso 3:</u> Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos con atención otra vez toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Podemos contactarlo a usted o a su médico u otro profesional que emite la receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos responderle **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le otorgaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
    - Si no le damos la respuesta en 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proveer la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si respondemos que no a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento aún y si su afección de salud lo requiere.
    - Si no le damos una decisión en 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación. **Si respondemos que no a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si respondemos que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos hacerle el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si respondemos que no a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo. También le diremos cómo apelar.

<u>Paso 4:</u> Si respondemos que no a su apelación, usted debe decidir si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que pasa su apelación al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
La denominación formal para la “organización de revisión independiente” es la **“entidad de revisión independiente”.** A veces, esta se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser modificada. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> Usted (o su representante o su médico u otro profesional que emite la receta) deben comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si respondemos que no a su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar la apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones informarán quién puede presentar la apelación de nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE).
- Enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se llama su **expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para fundamentar su apelación.

<u>Paso 2:</u> La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.

- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándares:

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no a su apelación?

Si esta organización responde que no a una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:

- Explicarle su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. Si el valor en

dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión a Nivel 2 es definitiva.

- Indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el proveedor de atención médica le está dando de alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su proveedor de atención médica y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deje el hospital. Ayudarán a organizar cualquier atención médica que pueda necesitar después de su alta.

- El día que deja el hospital se llama su **“fecha de alta hospitalaria”.**
- Cuando se decida su fecha de alta, su proveedor de atención médica o el personal del hospital le dirán cuál es.
- Si usted considera que le están pidiendo que deje el hospital antes de tiempo, puede solicitar una hospitalización más larga y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare, donde se le informará de sus derechos

En el transcurso de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, le darán un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, de un asistente social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, puede llamar a Servicios para miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso en detalle y consulte si no entiende algo.** Allí, se le informará:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su estancia en el hospital y después de ella, según lo que ordene su proveedor de atención médica. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención médica hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si usted considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir una demora en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.

2. **Deberá firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Se les pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso.
   - La firma del aviso muestra **solo** que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que acepta la fecha del alta hospitalaria.

3. **Conserve su copia** del aviso a mano para tener disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) para cuando la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de su alta programada.

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios al Miembro o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si quiere pedir que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros. O llame al Programa de Asistencia para Seguros Médicos de Massachusetts (Massachusetts Health Insurance Assistance Program), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifique si su fecha de alta hospitalaria planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención brindada a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte a la Organización para la Mejora de la Calidad de Massachusetts y pida una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que reciba (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de Massachusetts en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y **antes de la medianoche de la fecha del alta hospitalaria.**
    - **Si cumple este plazo**, puede quedarse en el hospital *después* de su fecha de alta hospitalaria *sin pagar*, mientras espera recibir la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - **Si *no* cumple este plazo** y decide quedarse en el hospital después de su fecha del alta hospitalaria planificada, **es posible que tenga que pagar todos los costos** por la atención médica hospitalaria que recibe después de su fecha del alta hospitalaria planificada.
- Si se pasa el plazo para contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad y sigue queriendo apelar, puede presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar una apelación, consulte la **Sección 8.3** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le proporcionaremos una **Notificación detallada del alta hospitalaria**. Esta notificación proporciona su fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su proveedor de atención médica, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta hospitalaria en esa fecha.

Puede obtener una muestra de la **notificación detallada del alta hospitalaria** llamando a Servicios al Miembro o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede consultar un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué piensan que la cobertura por los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán sus registros médicos, hablarán con su proveedor de atención médica y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.

- Antes del mediodía del día posterior a que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá una notificación por escrito enviada por nosotros, en la que se le indicará su fecha de alta planificada. En esta notificación además se explican en detalle los motivos por los que su proveedor de atención médica, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta hospitalaria en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día entero posterior a que haya recibido toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la organización de revisión responde que sí a su apelación, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. Como miembro de CCA Senior Care Options, usted tiene responsabilidades de costo compartido de $0.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

- Si la organización de revisión responde que no, significa que su fecha del alta hospitalaria planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados** finalizará al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión responde que no a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **tal vez deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a cuando la Organización para la Mejora de la Calidad le da la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si le responden que no a su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha respondido que *no a su apelación* **y** usted se queda en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que va a pasar al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha del alta hospitalaria

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para la Mejora de la Calidad examinará nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estancia después de la fecha de alta hospitalaria prevista.

Paso 1: Contacte nuevamente a la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya respondido que no a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se queda en el hospital después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Qué sucede si la organización de revisión responde que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Qué sucede si la organización de revisión responde que no:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en la apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibe le informará por escrito qué hacer si desea continuar el proceso de revisión.

<u>Paso 4:</u> Si le responden que no, deberá decidir si quiere seguir con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La **Sección 10** de este capítulo le brinda más información sobre los procesos de las apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si no cumple con un plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

Puede presentar la apelación ante nosotros

Como se explicó más arriba, debe actuar con rapidez para iniciar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si incumple el plazo para contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usa esta otra manera de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

<u>Paso 1:</u> Nos contacta y nos solicita una "revisión rápida".

- **Solicita una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta mediante los plazos "rápidos" y no los "estándares". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

<u>Paso 2:</u> Hacemos una revisión rápida de su fecha del alta hospitalaria planificada y verificamos si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, examinaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha del alta hospitalaria planificada fue médicamente

apropiada. Corroboramos si la decisión sobre el momento en que debe abandonar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en que solicita una revisión rápida.

- **Si respondemos que sí a su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que debe seguir en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos brindando los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados siempre y cuando sean médicamente necesarios. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe seguir pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación,** significa que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que su cobertura finalizaría.
  - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha del alta hospitalaria planificada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total de la** atención médica hospitalaria que recibió después de la fecha del alta hospitalaria planificada.

Paso 4: Si respondemos que *no* a su apelación, su caso será enviado automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelación de Nivel 2

Término legal
La denominación formal para la organización de revisión independiente es la **entidad de revisión independiente.** A veces, esta se denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser modificada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no

cumplimos este u otro plazo, puede presentar un reclamo. La Sección 11 de este capítulo le informa cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización responde que sí a su apelación**, debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista de su alta. También debemos seguir brindando cobertura del plan por sus servicios para pacientes hospitalizados siempre que sean médicamente necesarios. Debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, pueden limitar el monto que le reembolsemos o el tiempo durante el cual continuemos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha prevista del alta fue médicamente adecuada.
    - La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si quiere seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores responden que no a su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta esta decisión o prosigue con una apelación de Nivel 3.
- La Sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Sección 9.1 Esta sección se refiere a tres servicios únicamente: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando recibe **servicios de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, debemos informarle con anticipación. Cuando su cobertura para esta atención finalice, **dejaremos de pagar** su atención.

Si usted considera que dimos por finalizada la cobertura demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos por adelantado cuando su cobertura esté a punto de finalizar

Término legal
Aviso de falta de cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan vaya a suspender la cobertura de su atención. El aviso le informa lo siguiente:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una “apelación de vía rápida” para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso muestra *solo* que recibió la

información sobre el momento en que finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para exigir que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si quiere solicitarnos que cubramos su atención médica por más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros. O llame al Programa de Asistencia para Seguros Médicos de Massachusetts (Massachusetts Health Insurance Assistance Program), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

Paso 1: Usted presenta su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (**Notificación de falta de cobertura de Medicare**) le informa cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de Massachusetts en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de vigencia** que aparece en la Notificación de falta de cobertura de Medicare.
- Si se le pasa el plazo para contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad y sigue queriendo presentar una apelación, puede presentarnos una apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar una apelación, consulte la **Sección 9.4** de este capítulo.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para interrumpir la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué piensan que la cobertura por los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará sus registros médicos, hablará con su proveedor de atención médica y revisará la información brindada por nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informaron sobre su apelación, recibirá la **Explicación detallada de la ausencia de cobertura** de nuestra parte, donde explicaremos en detalle los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Un día después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores responden que sí?

- Si los revisores responden que sí a su apelación, entonces **debemos seguir brindando los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Como miembro de CCA Senior Care Options, usted tiene responsabilidades de costo compartido de $0. Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores responden que no?

- Si los revisores responden que no, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en que su cobertura finalice, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención médica por su cuenta.

Paso 4: Si le responden que no a su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores responden que no a su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de finalizada su cobertura para esa atención, puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para exigir que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para la Mejora de la Calidad examinará nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Contacte nuevamente a la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que sí?

- **Debemos reembolsarle** parte de los costos que nos corresponde de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

- Debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos en la apelación de nivel 1.
- El aviso que recibe le informará por escrito qué hacer si desea continuar el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación. Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador está a cargo de ese nivel.

Paso 4: Si le responden que no, deberá decidir si quiere seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar la apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez y contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su primera apelación (como máximo, dentro del plazo de uno o dos días). Si incumple el plazo para contactar a esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si usa esta otra manera de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Nos contacta y nos solicita una revisión rápida.

- **Solicita una revisión rápida**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta mediante los plazos rápidos y no los estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre el momento de finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, examinaremos toda la información sobre su caso otra vez. Verificamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para la finalización de la cobertura del plan por los servicios que recibía.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en que solicita una revisión rápida.

- **Si respondemos que sí a su apelación,** significa que estamos de acuerdo con que usted debe recibir los servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde de la atención médica que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe seguir pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en que su cobertura finalizó, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si respondemos que no a su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
La denominación formal para la organización de revisión independiente es la **entidad de revisión independiente.** A veces, esta se denomina **IRE**.

Paso a paso: Proceso alternativo de apelación de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos para su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser modificada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para trabajar como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que respondimos que no a su primera apelación. (Si usted considera que no cumplimos este u otro plazo, puede presentar un reclamo. La Sección 11 de este capítulo le informa cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde que sí a su apelación**, debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. También, debemos seguir proporcionando cobertura para su atención mientras sea médicamente necesaria. Debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo durante el cual continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan ante su primera apelación y que no la cambiará.
    - El aviso que recibe de la organización de revisión independiente le informará por escrito qué hacer si desea pasar a una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente responde que no a su apelación, usted decide si quiere seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La revisión de la apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, puede pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor a ese nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que impliquen apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi del mismo modo. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabajen para el gobierno federal** revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o abogado mediador responde que sí a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de la decisión en el nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o el abogado mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos adicionales necesarios. Podemos esperar una decisión de apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador responde que no a su apelación, el proceso de apelaciones puede no haber finalizado.**

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si le responden que sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 que fue favorable, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de la decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si le responden que no, o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no quiere aceptar la decisión, tal vez pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a la apelación de nivel 5 y cómo continuar con una apelación de nivel 5.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre. La carta que recibe de la oficina de audiencias imparciales le informará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que apeló alcanza cierto monto en dólares, puede pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2, se explicará a quién contactar y qué hacer para pedir una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que impliquen apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan casi del mismo modo. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal** revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es SÍ, el proceso de apelaciones ha finalizado**. Debemos **autorizar o proporcionar cobertura del medicamento** según lo aprobado por el juez de derecho administrativo o abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es No, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es SÍ, el proceso de apelaciones ha finalizado**. Debemos **autorizar o proporcionar cobertura del medicamento** según lo aprobado por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es No, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelaciones.
  - Si no quiere aceptar la decisión, tal vez pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación o rechaza su pedido de revisión de la apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten pasar a la apelación de nivel 5. También se le dirá con quién comunicarse y qué hacer luego si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar reclamos sobre la calidad de la atención, los períodos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes

Sección 11.1 ¿De qué tipos de problemas se encarga el proceso de reclamos?

El proceso de reclamos se usa para ciertos tipos de problemas *únicamente.* Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de presentación de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con nuestro departamento de Servicios al Miembro? • ¿Siente que le quieren dar motivos para que abandone el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concretar una cita o espera demasiado tiempo para poder concretarla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O tal vez nuestro departamento de Servicios al Miembro u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o para surtir una receta.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o las condiciones de la clínica, el hospital o el consultorio del proveedor de atención médica?
Información que le brindamos	• ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Reclamo	Ejemplo
Puntualidad (Este tipo de reclamos se relaciona con la puntualidad de nuestras acciones respecto de las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no respondemos con la rapidez suficiente, puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. A continuación, le presentamos algunos ejemplos: • Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, y respondimos que no; puede presentar un reclamo. • Si cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar un reclamo. • Si cree que no cumplimos con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar un reclamo. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para reenviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar un reclamo.

Sección 11.2 Cómo presentar un reclamo

Términos legales

- Un **reclamo** también se denomina **queja.**
- **Presentar un reclamo** también se denomina **presentar una queja**.
- **Usar el proceso de reclamos** también se denomina **usar el proceso para presentar una queja**.
- Un **reclamo rápido** también se denomina **queja acelerada.**

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de un reclamo

Paso 1: Contáctenos de inmediato, por teléfono o por escrito.

- **Habitualmente, el primer paso es llamar a Servicios para miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para miembros se lo informará.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó conforme) puede presentar su reclamo ante nosotros por escrito.** Responderemos a su reclamo por escrito.
- Puede presentar el reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea presentar el reclamo. Acusaremos recibo de su queja en el plazo de un día hábil después de recibirla.
- También tiene derecho a presentar un reclamo acelerado, que podría incluir un reclamo de que CCA Senior Care Options se negó a acelerar una determinación de la organización, determinación de cobertura, reconsideración o redeterminación, o invocó una extensión a una determinación de la organización o a un (unos) plazo(s) de reconsideración. El plazo para que CCA Senior Care Options responda a los reclamos acelerados es de 24 horas a partir de la recepción de su reclamo.
- **Independientemente de que llame o escriba, debe ponerse en contacto con Servicios para miembros de inmediato.** Puede presentar el reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea presentar el reclamo.

Paso 2: analizamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, responderemos de inmediato.** Si nos llama con un reclamo, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica.
- **Respondemos la mayor parte de los reclamos en el plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo,

podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su reclamo. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.

- **Si presenta un reclamo porque le negamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos un reclamo rápido.** Si presenta un reclamo rápido, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su reclamo y no asumimos la responsabilidad del problema por el que presenta el reclamo, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le enviemos.

Sección 11.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su reclamo es acerca de la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su reclamo directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad está formada por un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para que controlen y mejoren la atención médica brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien,

- **Puede presentar su reclamo a la Organización para la Mejora de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informar a Medicare y MassHealth (Medicaid) sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre CCA Senior Care Options directamente ante Medicare. Para enviar un reclamo a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Puede enviar un reclamo sobre CCA Senior Care Options, en cualquier momento, directamente a MassHealth (Medicaid). Puede hacerlo llamando al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth (Medicaid), 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Sección 11.6 Reclamos sobre la igualdad de atención de salud mental

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención administrada, incluida CCA Senior Care Options, brinden servicios de salud mental a los miembros de MassHealth (Medicaid) de la misma manera en que brindan servicios de salud física. Esto es lo que se denomina paridad. En general, esto significa lo siguiente:

1. CCA Senior Care Options debe proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental y de abuso de sustancias que para otros problemas físicos que usted pueda tener.

2. CCA Senior Care Options debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento similares tanto para los servicios de salud mental y de abuso de sustancias como para los servicios de salud física.

3. CCA Senior Care Options debe proporcionarle a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica utilizados por el plan para la autorización previa a solicitud suya o de su proveedor.

4. CCA Senior Care Options también debe proporcionarle, dentro de un período razonable, el motivo de cualquier denegación de autorización para los servicios de salud mental o de abuso de sustancias.

Si cree que CCA Senior Care Options no proporciona servicios con igualdad como se explicó anteriormente, tiene derecho a presentar una queja ante CCA Senior Care Options. Para obtener más información sobre las quejas y cómo presentarlas, revise la sección sobre cómo presentar un reclamo anteriormente en este capítulo.

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

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MASSHEALTH (MEDICAID)

SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid)

Derechos de apelación de Nivel 2 de MassHealth (Medicaid) ante la Junta de Audiencias de MassHealth

Como miembro del plan, usted tiene cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Por lo tanto,

si no está satisfecho con alguna acción o inacción realizada por nuestro plan (por ejemplo, una denegación de una apelación por un servicio), también tiene derecho a apelar esto ante MassHealth (Medicaid). Con cada decisión de apelación que tomemos, le enviaremos información por escrito sobre sus derechos de apelar nuestra decisión ante la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid).

Paso 1: Comuníquese con la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid) para solicitar que se revise el caso de su apelación

Puede solicitar una audiencia imparcial a través del proceso de apelación de la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid).

- Para presentar una apelación ante la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid), MassHealth (Medicaid) debe recibir su solicitud de audiencia imparcial a más tardar 30 días calendario a partir de la fecha de envío del aviso escrito de denegación de la apelación de CCA Senior Care Options.

- La solicitud, junto con una copia del aviso de rechazo final del plan, debe enviarse a la siguiente dirección:

  Executive Office of Health & Human Services – Office of Medicaid
  Board of Hearings
  100 Hancock Street, 6th Floor
  Quincy, MA 02171
  Fax: 617-847-1204

  Conserve una copia de la solicitud de audiencia imparcial para su información.

- Para obtener el “formulario de solicitud de audiencia imparcial” o para obtener más información sobre sus derechos de apelación, puede comunicarse con la Junta de Audiencias al 617-847-1200 o al 1-800-655-0338. El formulario también está disponible en: https://www.mass.gov/doc/fair-hearing-request-form-2/download.

- Si su apelación fue acelerada (revisada rápidamente) durante el proceso de apelación interna de nuestro plan (apelación de Nivel 1), la Junta de Audiencias debe obtener su formulario de solicitud de audiencia imparcial dentro de los 20 días calendario a partir de la fecha de envío por correo del aviso escrito de denegación de la apelación de CCA Senior Care Options para que su apelación sea acelerada en la Junta de Audiencias. Sin embargo, si la Junta de Audiencias recibe su formulario de solicitud de audiencia imparcial en un período de entre 21 y 30 días calendario a partir de la fecha de envío del aviso escrito de denegación de la apelación del plan, la Junta de Audiencias procesará su apelación utilizando los tiempos de apelación estándar.

- También puede optar por continuar recibiendo los servicios que está apelando durante el proceso de apelación de la Junta de Audiencias. Si desea que los servicios continúen durante la apelación, debe presentar su solicitud de apelación ante la Junta de Audiencias en un plazo de diez (10) días calendario a partir de la fecha de envío por correo de la decisión de apelación de CCA Senior Care Options. Debe informar a la Junta de Audiencias que desea continuar recibiendo el servicio mientras apela. Si continúa recibiendo servicios durante el proceso de apelación de la Junta de Audiencias, es posible que sea responsable de los costos de esos servicios. También puede optar por no continuar recibiendo servicios durante su apelación.

Paso 2: La apelación de la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid) revisa su caso y le da una respuesta.

La Junta de Audiencias revisará su caso de apelación y le notificará su decisión.

- Si la Junta de Audiencias acepta una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 72 horas o tan rápido como su enfermedad lo requiera.

- Si la Junta de Audiencias rechaza una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de apelación del plan.

Paso 3: Si la decisión rechaza una parte o la totalidad de lo que solicitó, tendrá más derechos de apelación en virtud de MassHealth (Medicaid).

- Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial, tendrá más derechos de apelación conforme a MassHealth (Medicaid). Si esto sucede, se le notificarán esos derechos de apelación.

Puede comunicarse con Servicio para miembros para solicitar ayuda con el proceso de apelación o para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

SECCIÓN 13 Cómo denunciar fraude, uso indebido o abuso

Si cree que podría haber presenciado un fraude, uso indebido o abuso:

- **Llame** a la línea directa de cumplimiento de CCA al 1-866-457-4953

o

- **Envíe un correo electrónico** a cca_compliance@commonwealthcare.org

Estamos comprometidos a trabajar para prevenir y/o abordar cualquier fraude, uso indebido o abuso.

Usted, su familiar o su cuidador pueden hacer un informe. Los informes son confidenciales. El informe puede ser anónimo. No afectará sus servicios.

¿Qué son el fraude, el uso indebido y el abuso?

Estos son todos los tipos de uso inadecuado de recursos, dinero o propiedad de Commonwealth Care Alliance, Inc. o del gobierno federal o estatal.

- **Fraude:** Acciones deshonestas realizadas a propósito y sabiendo que los recursos irán a alguien que no fue aprobado para ellos
- **Derroche:** Uso excesivo de un recurso. El derroche no se lleva a cabo intencionalmente.
- **Abuso:** Acciones que generan costos o pagos por servicios que no son médicamente necesarios o que no son el estándar aceptado de atención.

Ejemplos:

- Facturar servicios que no se proporcionaron.
- No ser honesto al facturar servicios, a saber:
    - Cambiar el tipo
    - Cambiar los montos
    - Cambiar la fecha
    - Cambiar el proveedor o la persona que recibió los servicios
- Usar la tarjeta de identificación de miembro de otra persona
- Entrega de equipos o suministros a un miembro que no los necesita

Consejos para protegerse del fraude

Las ofertas de ayuda médica o tratamientos gratuitos que aparecen en anuncios, en una llamada telefónica o en la puerta de su casa **pueden ser una estafa**.

Qué debe hacer:

- Tenga cuidado
- Lea la documentación de Commonwealth Care Alliance, Inc. y corrobore que recibe los tratamientos que se cobran. Pregunte cualquier cosa que parezca sospechosa.
- No dé su información de Medicare, Seguro Social, cuenta bancaria o tarjeta de crédito a una persona por teléfono.
- Si van a su casa, pídales que se identifiquen. Ninguna persona de Commonwealth Care Alliance, Inc. puede entrar a su casa sin su permiso.

Para obtener más información, visite www.ccama.org

CAPÍTULO 9:
Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en CCA Senior Care Options puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en que no elige irse, pero nosotros estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa situaciones en que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, el plan deberá seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted deberá seguir pagando su parte del costo, hasta que finalice la membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y MassHealth (Medicaid)

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Como usted tiene MassHealth (Medicaid), puede finalizar la membresía con nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especiales:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede usar este período especial de inscripción para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
- Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
  - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, puede ser posible que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la oficina de MassHealth (Medicaid) para conocer las opciones de su plan MassHealth (Medicaid) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finaliza el último día del mes después de que recibimos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el período anual de inscripción

Puede finalizar su membresía durante el **período anual de inscripción** (también conocido como período anual de inscripción abierta). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **período de inscripción anual** se extiende **desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado

  O

  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando se inicie la cobertura de su nuevo plan el 1.° de enero.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirse en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por quedar excluido de la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, puede ser posible que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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 médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** se extiende desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan de salud de Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan de Medicare Advantage diferente o después de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también decide 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 ciertos casos, puede ser elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, si necesita la lista completa, puede contactarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se haya mudado.
- Si tiene MassHealth (Medicaid).
- Si es elegible para la "Ayuda adicional" para pagar sus recetas de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de convalecencia o en un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Nota: Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan**.** El Capítulo 5, Sección 10, le informa más sobre programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con (MassHealth) Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Si quiere saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía por una situación especial, puede cambiar tanto su cobertura de medicamentos recetados como su cobertura de salud de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare **con** un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
- **O BIEN** Original Medicare **sin** un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

  Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, puede ser posible que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de

Medicare, Medicare puede inscribirse en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por quedar excluido de la inscripción automática.

Su membresía finalizará habitualmente el primer día del mes después de que recibimos su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 brindan más detalles sobre el período de inscripción especial para personas con MassHealth (Medicaid) y Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para miembros**.
- Buscar la información en el manual ***Medicare & You 2024*** (Medicare y usted 2024).
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía con nuestro plan?

La tabla a continuación explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si quiere pasar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. • Se le dará de baja automáticamente de CCA Senior Care Options cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si quiere pasar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. • Se le dará de baja automáticamente de CCA Senior Care Options cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado ○ Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirse en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por quedar excluido de la inscripción automática. ○ Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por más de 63 días consecutivos, es posible que deba pagar la multa por inscripción tardía si luego se une a un plan de medicamentos de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción**. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto. • O bien, puede comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar su cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción de CCA Senior Care Options cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Nota: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y está sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, puede ser posible que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY 800-497-4648), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. También puede obtener ayuda con preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid) de My Ombudsman llamando al 855-781-9898 (videoteléfono (VP) 339-224-6831), de lunes a viernes de 9 a.m. a

4 p.m. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de MassHealth (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía *en CCA Senior Care Options* y comience su nueva cobertura de Medicare MassHealth (Medicaid), debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o los pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CCA Senior Care Options debe finalizar su membresía en el plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

CCA Senior Care Options debe finalizar su membresía en el plan ante cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para MassHealth (Standard) Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).
- Si pierde la elegibilidad para los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), CCA Senior Care Options continuará brindando atención siempre y cuando pueda esperarse razonablemente que recupere su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) dentro del plazo de un mes. Continuaremos con su membresía durante el resto del mes en el que recibamos una notificación de MassHealth (Medicaid) sobre su pérdida de elegibilidad, junto con un mes calendario adicional. Si recupera su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) durante este período, no finalizaremos su membresía.

- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para miembros para averiguar si el lugar a donde se muda o a donde viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si deja de ser un ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para la cobertura de medicamentos recetados.
- Si de forma deliberada nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de un modo que es perturbador y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
- Si permite que alguien más use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero permiso de Medicare).
  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.
- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

CCA Senior Care Options no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía con nuestro plan

Si finalizamos su membresía con nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito para finalizar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 10:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal aplicable a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y la normativa creada en virtud de la Ley de Seguro Social por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en que viva. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este manual.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, género, orientación sexual, discapacidad conductual o física, estado de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes 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 de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las otras leyes aplicables a organizaciones que reciben financiación federal y todas las otras leyes y normas aplicables por cualquier otro motivo.

Para obtener más información o si tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Todas las organizaciones que brindan planes 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 de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las otras leyes aplicables a organizaciones que reciben financiación federal y todas las otras leyes y normas aplicables por cualquier otro motivo.

Commonwealth Care Alliance, Inc.® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, no las excluye, ni las trata diferente debido a su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para miembros.

Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de algún otro modo por su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar una queja ante:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles 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, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios para reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, comuníquese con Servicios para miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare por los que Medicare no es el primer pagador. Según la normativa del CMS en los Artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, CCA Senior Care Options, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que la Secretaría en virtud de la normativa del CMS comprendida entre las subpartes B y D de la Parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen toda ley estatal.

SECCIÓN 4 Quién recibe pagos conforme a este contrato

CCA Senior Care Options o su administrador externo harán el pago de los servicios prestados y autorizados por su equipo de atención conforme a este contrato, directamente al proveedor del plan. No se le puede exigir que pague nada adeudado por Commonwealth Care Alliance, Inc.

SECCIÓN 5 Notificaciones

Cualquier notificación que le enviemos en virtud de este contrato se le enviará por correo a su dirección tal como aparece en nuestros registros. Debe notificarnos debidamente sobre cualquier cambio de dirección. Cuando necesite notificarnos, debe hacerlo por correo a Commonwealth Care Alliance, Inc., 30 Winter Street, Boston, MA 02108 o llámenos directamente al 866-610-2273 (TTY 711).

SECCIÓN 6 Información a petición

Como miembro de CCA Senior Care Options, tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Información de cobertura general y comparativa del plan
- Procedimientos de control de utilización
- Programas de mejora de la calidad
- Datos estadísticos sobre quejas y apelaciones
- La situación financiera de Commonwealth Care Alliance, Inc. o de una de sus filiales

SECCIÓN 7 Aviso de ciertos eventos

Lo notificaremos si tenemos que rescindir un contrato con un proveedor o un centro de atención de los cuales usted recibe servicios, o si ya no podemos usar dichos proveedores o centros. Esto incluye hospitales, médicos o cualquier otra persona con la que tengamos un contrato para proporcionar servicios o beneficios. Haremos los arreglos necesarios para que usted reciba servicios de otro proveedor.

SECCIÓN 8 Nueva tecnología

De manera periódica, revisamos nuevos procedimientos, dispositivos, tratamientos y medicamentos para determinar si son seguros y efectivos para los miembros. Las nuevas tecnologías que se consideran seguras y eficaces son elegibles para convertirse en Servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, incluida la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles u otras contribuciones de pago que le correspondan al miembro. Como miembro de CCA Senior Care Options, sus primas son de $0, sus coseguros son de $0, sus deducibles son de $0 y sus responsabilidades de costos compartidos son de $0.

Cualquier dispositivo, tratamiento médico, medicamento, suministro o procedimiento cuya seguridad y eficacia no hayan sido establecidas ni probadas se considera experimental, de investigación o no comprobado. Las terapias de investigación o no probadas no son médicamente necesarias y están excluidas de la cobertura, a menos que estén cubiertas explícitamente por Medicare o por los manuales del plan de CCA.

Cuando determinamos si dar cobertura a nuevas tecnologías para un miembro individual debido a sus circunstancias clínicas particulares, o porque se han agotado todas las demás opciones de tratamiento y existen motivos para creer que la intervención solicitada será exitosa, uno de nuestros directores médicos hace una determinación de necesidad médica basada en la documentación médica del miembro individual, revisa publicaciones de evidencias científicas y, cuando es apropiado, consulte con un profesional con especialidad o experiencia profesional relevante.

CAPÍTULO 11:
Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: es una entidad que opera exclusivamente para brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesiten hospitalización y que tengan una estadía prevista en el centro de no más de 24 horas.

Apelación: es algo que uno hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica, de medicamentos recetados, o de pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que recibe.

Período de beneficios: el modo en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios hospitalarios y del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que se admiten en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención para pacientes hospitalizados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden replicarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares suelen funcionar igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares suelen funcionar igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, por lo general, requieren una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido con requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

Medicamento de marca: un medicamento recetado médica que fabrica y vende la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos fabrican y venden los medicamentos genéricos, y en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Socio de atención: una persona principal que trabaja con usted, CCA Massachusetts y sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Equipo de atención: un equipo que puede estar integrado por su proveedor de atención primaria (PCP), un profesional en enfermería, un enfermero certificado, un auxiliar médico, un trabajador

comunitario de la salud o un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) que son responsables de coordinar toda su atención médica. La “coordinación” de sus servicios incluye controlar o consultar con usted u otros proveedores del plan acerca de su atención médica y cómo evoluciona. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre el equipo de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal a cargo de administrar Medicare.

Registro centralizado de afiliado: otro término para el registro de membresía, que contiene su información médica y demográfica.

Trabajador comunitario de la salud: ayuda a los miembros a manejar sus determinantes sociales de salud (Social Determinants of Health, SDOH) identificando y conectando a los miembros con los servicios y recursos dentro de sus propias comunidades, con un enfoque centrado en el miembro cuyo objetivo es mejorar su salud y fomentar su independencia. Los SDOH incluyen, entre otros, vivienda, asistencia pública [SNAP, Asistencia en efectivo de SSI], programas diurnos, asistencia de combustible y elegibilidad para MassHealth Standard (Medicaid).

Reclamo: el nombre formal para realizar un reclamo es **presentar una queja**. El proceso de reclamos se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente que reciba. También incluye reclamos si su plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluida la terapia física, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación de entorno domiciliario.

Continuidad de la atención (Continuity of Care, COC): la cantidad de tiempo que puede seguir consultando a sus proveedores de atención médica y recibiendo sus servicios actuales después de convertirse en miembro de CCA Senior Care Options. El período de continuidad de la atención dura 90 días o hasta que se complete su evaluación integral y su plan de atención personalizado.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si hubiera, que debe pagar por la receta. En general, si lleva la receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal

sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare, en general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado asistencial: es la atención brindada en un hogar de convalecencia, centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) u otro centro donde no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Cuidado asistencial brindado por personas sin habilidades o capacitación profesionales, que incluye ayuda con actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, comer, acostarse en la cama o levantarse de esta, sentarse en una silla o levantarse de esta, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de la gente hace por sí sola, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Cancelar inscripción o **Cancelación de la inscripción:** el proceso para finalizar su membresía en nuestro plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y de MassHealth (Medicaid).

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos que pide su proveedor de atención médica por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa (i.v.), dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que solicite un proveedor para el uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina considera que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar perder la vida, una extremidad o el funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información de divulgación: este manual, junto con su formulario de inscripción y todo otro manual adjunto, cláusula u otros manuales seleccionados de cobertura opcional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro vademécum (una excepción al vademécum) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (o excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción al vademécum).

Ayuda adicional: programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de su programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como medicamento que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Auxiliar de atención domiciliaria: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta registrado, como la ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de centros de cuidados paliativos (para enfermos terminales) en su área geográfica. Si elige la atención en un centro de cuidados paliativos y sigue pagando primas, sigue siendo miembro de

nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios y también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una estancia en hospital en la que usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Monto de ingresos brutos ajustados modificados (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años excede cierto monto, pagará la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional sumado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare, el período durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. 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, incluido el mes en que cumple 65 años, y que finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Reclamo integrado: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas sobre la calidad de la atención. Esto no implica conflictos de pago o cobertura.

Determinación integrada o de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre la cobertura de ciertos servicios o artículos o la cantidad que le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum o "Lista de medicamentos"): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte "Ayuda adicional".

MassHealth (Medicaid) (o asistencia médica): un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid de cada estado varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos manuales de referencia.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años y mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellos con deficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período que se extiende del 1.º de enero al 31 de marzo, en el que 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 elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante 3 meses después de que una persona sea elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) de honorarios por servicios privados (Private Fee-For-Service, PFFS) o iv) de una cuenta de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios oftalmológicos, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, planes de necesidades especiales, programas piloto/de demostración y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): el seguro que ayuda a pagar vacunas, productos biológicos y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza de "Medigap" (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las "brechas" de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o miembro del plan): persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicción de 2008 (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA): es una ley federal que exige que los planes de salud y compañías de seguros de salud garanticen que los requisitos financieros (como copagos, deducibles) y las limitaciones de tratamiento [como límites de visitas] correspondientes a los beneficios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que aplican los planes a todos los demás beneficios médicos, quirúrgicos, comunitarios y de apoyo.

Farmacia de la red: farmacia con un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red, proveedor: es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica con licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y también brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de costo 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 al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos que establece el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro

proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar un deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Centro o proveedor fuera de la red: centro o proveedor que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Un proveedor fuera de la red no está empleado por nuestro plan ni pertenece a él o es administrado por él.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC) para personas frágiles, para ayudarlas a mantener su independencia y su vida en comunidad (en lugar de trasladarlas a un hogar de convalecencia) lo máximo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través del plan.

Parte C: ver Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Penalidad por inscripción tardía de la Parte D: monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura acreditable (cobertura que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la “Ayuda adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más, consecutivos, sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos recetados. Los miembros de CCA Senior Care Options no pagan una prima.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener ciertos servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el vademécum.

Prótesis y ortopedia: artículos médicos que incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para los brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención médica brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos selectos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período determinado.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el vademécum y los beneficios. Esto incluye los montos de los costos compartidos, los medicamentos del vademécum alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y el lenguaje, terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué proveedores de atención médica y hospitales puede usar, en general, es también el área en donde puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda de forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de forma continua y

todos los días en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo un enfermero matriculado o un médico pueden aplicar.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y MassHealth (Medicaid), viven en un hogar de convalecencia o tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Tratamiento escalonado: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica, antes de que cubramos el medicamento que su médico tal vez recetó inicialmente.

Ingreso complementario del Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios por necesidad de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos de manera temporal, o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y por razones médicas.

Servicios para miembros de CCA Senior Care Options:

Método	Información de contacto de Servicios para miembros
TELÉFONO	866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	617-426-1311
POR CORREO	CCA Senior Care Options Member Services 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.ccama.org

Servicio para la atención de necesidades de información de salud de todos (Serving the Health Information Needs of Everyone [SHINE] o SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto de SHINE (SHIP de Massachusetts)
TELÉFONO	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	711 o TTY/ASCII 800-439-2370 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con problemas auditivos o del habla.
POR CORREO	Llame al número anterior para encontrar la dirección del programa SHINE en su ciudad o región.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Declaración de divulgación de PRA: Conforme a la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que en esta figure un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

© 2023 Commonwealth Care Alliance, Inc.