



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Senior Care Options Program (HMO SNP)

Este documento proporciona detalles sobre la atención médica, los servicios en el hogar y la comunidad, los servicios de atención a largo plazo y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y MassHealth (Medicaid) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Senior Care Options Program, es ofrecido por Commonwealth Care Alliance, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Commonwealth Care Alliance, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Senior Care Options Program).

El Servicio para los Miembros tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-610-2273 (TTY: call MassRelay at 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-610-2273 (los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de MassRelay al 711).

Esta información está disponible en distintos formatos. Para obtener más información en otro formato o idioma, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2022.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Commonwealth Care Alliance cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Commonwealth Care Alliance complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

H2225_EOC2021 <Submitted>

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, formatos que funcionen con tecnología de lectura de pantalla, braille o audio. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: llame a MassRelay al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el Servicio para los Miembros está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, formatos que funcionen con tecnología de lectura de pantalla, braille o audio. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: llame a MassRelay al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el Servicio para los Miembros está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para las comunicaciones futuras, conservaremos su solicitud de formatos alternativos e idioma especial.

Servicios de interpretación multilingüe

English: ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Spanish (Español): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Chinese (繁體中文): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-610-2273 (TTY : 711) 。

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French (Français): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (ATS: 711).

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-610-2273 (TTY: 711).

German (Deutsch): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Korean (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-610-2273 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-610-2273 (телетайп: 711).

Arabic (العربية): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-610-2273 (رقم هاتف الصم والبكم: 117).

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-610-2273 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian (Italiano): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Portuguese (Português): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French Creole (Kreyòl Ayisyen): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Polish (Polski): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Greek (ελληνικά): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Japanese (日本語): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-610-2273 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

。

Cambodian (ខ្មែរ): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-866-610-2273 (TTY: 711)។

Lao/Laotian (ພາສາລາວ): ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-610-2273
(TTY: 711).

Gujarati (ગુજરાતી): ສູચນາ: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ
તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Evidencia de cobertura de 2021**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente.

Al principio de cada capítulo, encontrará una lista detallada de los temas.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 3

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este documento. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 20

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Senior Care Options Program) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP), la organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, MassHealth (Medicaid) (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de Jubilación para Ferrovianos.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos 38

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas, se incluyen cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto) 57

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.....	124
Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la <i>lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que <i>no</i> están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.	
Capítulo 6. Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos	152
En este capítulo, se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos los servicios o medicamentos cubiertos.	
Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades.....	160
Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.	
Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	181
En este capítulo se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none"> • Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto. • También se explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan. 	

Índice

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan..... 252

Se describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan.
Además, se explican las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 10. Avisos legales..... 264

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes..... 269

Se explican los términos clave que se utilizan en este documento.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción.....	5
Sección 1.1	Usted está inscrito en Senior Care Options Program, que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)	5
Sección 1.2	¿De qué trata el documento sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> ?	6
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	7
Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad.....	7
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?	8
Sección 2.3	¿Qué es MassHealth (Medicaid)?.....	8
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para Senior Care Options Program.....	9
Sección 2.5	Ciudadano estadounidense o residente legal	9
SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?	9
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos.....	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan	10
Sección 3.3	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan	11
Sección 3.4	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D.....	12
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Senior Care Options Program	13
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?	13
Sección 4.2	Existen diversas maneras para pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D	14
Sección 4.3	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?.....	15
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan (registro centralizado de inscrito).....	15
Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted.....	15
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	17
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	17

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	17
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....	17

SECCIÓN 1 Introducción

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

Usted tiene cobertura de Medicare y 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 ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **MassHealth (Medicaid)** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de MassHealth (Medicaid) varía según el estado y el tipo de plan de MassHealth (Medicaid) que usted tenga. Algunas personas con MassHealth (Medicaid) reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir atención médica y cobertura para medicamentos con receta de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan, Senior Care Options Program.

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

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

Debido a que usted obtiene asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene gastos de su bolsillo para los servicios de atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid). MassHealth (Medicaid) también le brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica, que incluye la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad, y algunos medicamentos con receta que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá una “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Senior Care Options Program le ayudará a gestionar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y ayuda con el pago a los que tiene derecho. No tendrá gastos de su bolsillo por los servicios de atención médica ni los medicamentos cubiertos.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Una organización sin fines de lucro está a cargo de Senior Care Options Program. Como todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales 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 con receta, atención a largo plazo y servicios en el hogar y la comunidad.

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

Este documento sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica, atención a largo plazo, servicios en el hogar y la comunidad según corresponda, y medicamentos con receta de Medicare y MassHealth (Medicaid) cubiertos a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención médica, la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad según corresponda, y los servicios y medicamentos con receta a su disposición como miembro de Senior Care Options Program.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo a leer este documento sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros del plan (en la portada posterior de este documento encontrará los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Es parte del contrato que celebramos con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Senior Care Options Program cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Senior Care Options Program, desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Senior Care Options Program después

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

del 31 de diciembre de 2021. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Senior Care Options Program cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

MassHealth (Medicaid) debe aprobar nuestro plan todos los años

La Oficina Central de Salud y Servicios Humanos de MassHealth (Medicaid) de la Commonwealth of Massachusetts debe aprobar nuestro plan cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de MassHealth (Medicaid) como miembro de nuestro plan solo si decidimos ofrecer el plan durante el año en cuestión y si la Oficina Central de Salud y Servicios Humanos de MassHealth (Medicaid) de la Commonwealth of Massachusetts renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad
--------------------	---------------------------------------

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

- Cuenten con la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa acerca de la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.4, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Sea ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos.
- 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 determinados beneficios de MassHealth (Medicaid). (MassHealth [Medicaid] es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de ser elegible para nuestro plan, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Tener 65 años o más
- Estar inscrito en MassHealth Standard
- No estar sujeto a un período de deducible de seis meses

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- No ser residente de un centro de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo
- No ser un paciente internado en un hospital de cuidados crónicos o rehabilitación

Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que la obtenga nuevamente dentro de un (1) mes, entonces usted aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua estimada).

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, la terapia de infusión intravenosa en el hogar y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipos médicos duraderos [DME]).

Sección 2.3 ¿Qué es MassHealth (Medicaid)?

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir sobre cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, hay programas que se ofrecen a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos “programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para Senior Care Options Program

Aunque Medicare es un programa federal, Senior Care Options Program 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 continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye **TODAS LAS CIUDADES Y LOS CÓDIGOS POSTALES** en los siguientes condados de Massachusetts: Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

Actualmente no brindamos servicios en los condados de Barnstable, Berkshire ni Dukes.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Si se muda, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación. Si se muda a una parte del estado que no está en nuestra área de servicio cubierta, puede conservar MassHealth (Medicaid).

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

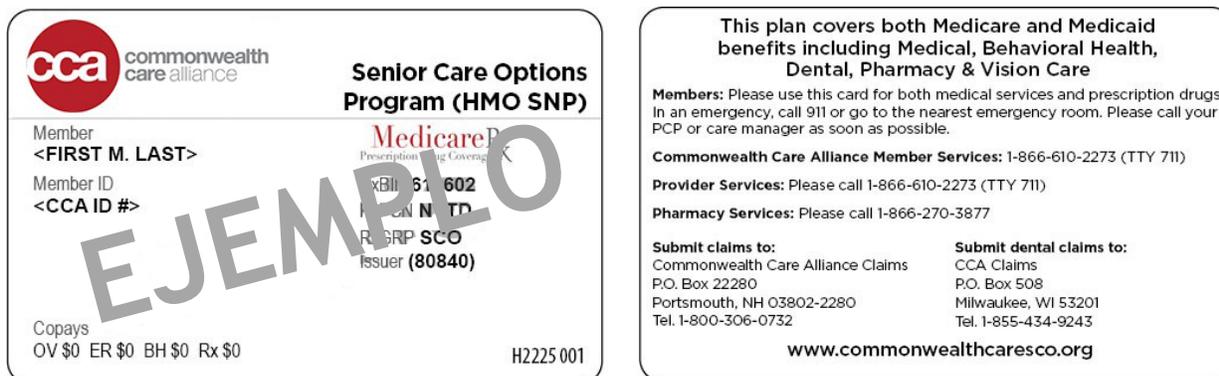
Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o residente legal

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

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de MassHealth (Medicaid). A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de nuestro plan. Si utiliza la tarjeta de miembro de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Senior Care Options Program, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la de Medicare en un lugar seguro. Se le podría solicitar que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Senior Care Options Program, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio para los Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias: Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos, como así también las farmacias de nuestra red. El directorio también incluye la lista de proveedores participantes de MassHealth (Medicaid).

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos, dentistas y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales, proveedores y centros de atención a largo plazo, proveedores de servicios en el hogar y la comunidad, y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en www.CommonwealthCareSCO.org.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan deberá utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen servicios de emergencia, de atención de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Senior Care Options Program autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través del Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). En Servicio para los Miembros puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.CommonwealthCareSCO.org, o descargarlo de este sitio web. Tanto el Servicio para los Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que quiera comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.CommonwealthCareSCO.org se encuentra disponible un directorio de farmacias actualizado. También puede llamar al Servicio para los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). Puede llamar al Servicio para los Miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.CommonwealthCareSCO.org.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica cuáles son los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos por el beneficio de la Parte D que se incluyen en Senior Care Options Program. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos con receta también

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

están cubiertos para usted con los beneficios de MassHealth (Medicaid). La Lista de medicamentos le indica cómo encontrar los medicamentos que están cubiertos por MassHealth (Medicaid).

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Senior Care Options Program.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.CommonwealthCareSCO.org) o llamar al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). También puede pedirnos que le enviemos una copia de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.

Sección 3.4	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D
--------------------	--

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe para ayudarlo a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos realizados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En la EOB de la Parte D encontrará más información sobre los medicamentos que usted toma, como información sobre aumentos en los precios y sobre otros medicamentos con un costo compartido menor que pueden estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada a emitir sus recetas para obtener información sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y sobre la manera en que esta le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Senior Care Options Program

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

No es necesario que pague por separado la prima mensual de Senior Care Options Program. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que MassHealth [Medicaid] o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. A continuación se describe dicho caso.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta “acreditable” (cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El importe de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.
 - Si alguna vez pierde la Ayuda adicional, estará sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin la Parte D o sin alguna otra cobertura para medicamentos con receta acreditable.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo pasó sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (o IRMAA) porque 2 años atrás, en su declaración de impuestos del IRS, tenían un ingreso bruto ajustado modificado por encima de un monto determinado. Los miembros sujetos al pago del IRMAA deberán pagar el monto estándar de la prima y este cargo adicional, que se añadirá a su prima.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 más arriba, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para MassHealth (Medicaid), tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Senior Care Options Program, MassHealth (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y las primas

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

de la Parte B. Si MassHealth (Medicaid) no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado, de acuerdo con lo que figura en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es mayor a un monto determinado, usted pagará el monto estándar de la prima junto con un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también llamado IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. Si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede solicitarle al Seguro Social que reconsidere la decisión.
- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará.**
- También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

El documento denominado *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021) incluye información sobre estas primas en la sección titulada “2021 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2021). Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del documento *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021) del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	Existen diversas maneras para pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D
--------------------	---

Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen dos maneras de hacerlo. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa mensual, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Por lo general, las multas no aplicarán en su caso porque está cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid). Comuníquese con el Servicio para los Miembros para obtener más información sobre si

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

se le aplicarán algunas multas y, de ser necesario, cómo pagar su multa mensual. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

Opción 2: Puede pedir que la multa por inscripción tardía se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa mensual de esta forma, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro del plazo establecido, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros para que le recomendemos programas que lo ayuden a pagar la multa. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

Sección 4.3	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

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

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan (registro centralizado de inscrito)

Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted
--------------------	---

Su registro de miembro (registro centralizado de inscrito) contiene información del 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 demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro (registro centralizado de inscrito) para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido en su caso.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, una compensación laboral o MassHealth (Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

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

Es muy importante que se ponga en contacto con la oficina de MassHealth (Medicaid) si se producen cambios en relación con su nombre, dirección u otra información. La agencia necesita poseer la información correcta sobre usted para poder mantener suficiente comunicación sobre sus derechos y otros asuntos importantes que puede tener un impacto en su elegibilidad para nuestro plan. En la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento se incluyen los números de teléfono.

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

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que enumeraremos cualquier otra cobertura de seguro médico o para medicamentos sobre la que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no esté indicada, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

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

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

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por el empleador y si tiene Medicare en función de la edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge se encuentran aún trabajando, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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.

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Senior Care Options Program (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio para los Miembros del plan).....	21
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	26
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare).....	28
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare).....	29
SECCIÓN 5	Seguro Social	30
SECCIÓN 6	MassHealth (Medicaid) (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)	31
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	33
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferrovianos	35
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	36
SECCIÓN 10	Puede recibir asistencia de la Línea de Enfermería	36

SECCIÓN 1 Contactos de Senior Care Options Program (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio para los Miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio para los Miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio para los Miembros de Senior Care Options Program. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Servicio para los Miembros
TELÉFONO	<p>1-866-610-2273</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.</p> <p>El Servicio para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.</p>
FAX	617-426-1311
CORREO	Commonwealth Care Alliance, 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.CommonwealthCareSCO.org

Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar decisiones de cobertura, apelaciones o presentar quejas sobre su atención médica

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

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisión de cobertura, apelaciones o quejas acerca de la atención médica.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura, apelaciones y quejas sobre la atención médica
TELÉFONO	1-866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Si tiene alguna consulta después del horario de atención, llame a este número que se menciona más arriba para comunicarse con nuestro especialista clínico de turno.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	857-453-4517
CORREO	Commonwealth Care Alliance, 30 Winter Street Boston, MA 02108

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura, apelaciones y quejas sobre la atención médica
SITIO WEB	www.CommonwealthCareSCO.org
MEDICARE SITIO WEB	Puede presentar una queja sobre Senior Care Options Program directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D que se incluye en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D
TELÉFONO	<p>1-866-610-2273</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.</p> <p>Si tiene alguna consulta después del horario de atención, llame al número que se menciona más arriba para comunicarse con nuestro especialista clínico de turno.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.</p> <p>Si tiene alguna consulta después del horario de atención, llame al número que se menciona más arriba para comunicarse con nuestro especialista clínico de turno.</p>
FAX	1-857-453-4517
CORREO	Commonwealth Care Alliance, 30 Winter Street, Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.CommonwealthCareSCO.org
MEDICARE SITIO WEB	Puede presentar una queja sobre Senior Care Options Program directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]*).

Método	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D
TELÉFONO	1-866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Si tiene alguna consulta fuera de horario, llame al número que se menciona más arriba para comunicarse con nuestro especialista clínico de turno.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si tiene alguna consulta fuera de horario, llame al número que se menciona más arriba para comunicarse con nuestro especialista clínico de turno.
FAX	1-857-453-4517
CORREO	Commonwealth Care Alliance, Attn.: Pharmacy Department, 30 Winter Street, Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.CommonwealthCareSCO.org

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un 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: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
TELÉFONO	1-866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
FAX	617-426-1311
CORREO	Commonwealth Care Alliance, 30 Winter Street Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.CommonwealthCareSCO.org

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

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 que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Método	Información de contacto de Medicare
TELÉFONO	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor estimativo de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Senior Care Options Program:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infórmele a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Senior Care Options Program directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el SHIP se llama SHINE (en inglés significa **S**erving the **H**ealth **I**nformation **N**eeds of **E**veryone [servicio para la atención de necesidades de información de salud de todos]).

El SHINE es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHINE pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Información de contacto del SHINE (SHIP de Massachusetts)
TELÉFONO	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636).
TTY	MassRelay 711 o (800) 439-0183 (voz) TTY/ASCII (800) 439-2370 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	Llame al número que se menciona más arriba para averiguar la dirección del programa SHINE en su ciudad o región.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

Existe una organización para la mejora de la calidad al servicio de los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Massachusetts, la organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con KEPRO:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Massachusetts)
TELÉFONO	888-319-8452
TTY	855-843-4776 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar a la Administración del Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por su cobertura para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted 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 ponerse en contacto con el 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. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.

Método	Información de contacto del Seguro Social
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 **MassHealth (Medicaid)** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

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

Además, hay programas que se ofrecen a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos “programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).

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

Debido a que usted obtiene asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene gastos de su bolsillo para los servicios de atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid). MassHealth (Medicaid) también le brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica, que incluyen la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad, y algunos medicamentos con receta que generalmente no están cubiertos por Medicare. Senior Care Options

Program le ayudará a gestionar 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), póngase en contacto:

Método	Información de contacto de MassHealth (Medicaid) (programa de Medicaid de Massachusetts)
TELÉFONO	1-800-841-2900
TTY	1-800-497-4648 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	55 Summer Street, Boston, MA 02110
SITIO WEB	www.mass.gov/masshealth

El programa My Ombudsman ayuda a las personas inscritas en MassHealth (Medicaid) que tienen problemas con los servicios o la facturación. Pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan. También pueden ayudar a las personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Método	Información de contacto del programa My Ombudsman
TELÉFONO	1-855-781-9898
TTY	Use el número de retransmisión de MassRelay al 711 para llamar al número indicado arriba. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	11 Dartmouth Street, Suite 301, Malden, MA 02148
CORREO ELECTRÓNICO	info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

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

Método	MassOptions
TELÉFONO	1-844-422-6277 o 1-844-422-MASS (número gratuito)
TTY	MassOptions trabaja con un intérprete telefónico para las personas sordas y con dificultades auditivas y del habla que desean comunicarse con nosotros.
SITIO WEB	massoptions.org/massoptions/contact-us/ Opción de conversación en línea disponible haciendo clic en el enlace de arriba.

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

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la Oficina de MassHealth (Medicaid) de su estado (solicitudes) (Para obtener información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite 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.

- Para obtener más información o ayuda, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará los números de teléfono).
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez

le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el programa ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido para medicamentos con receta del ADAP en Massachusetts. Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, debe cumplir con determinados criterios, que incluyen tener un comprobante de residencia del estado y tener VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado, y no tener seguro o tener un seguro deficiente.

Si actualmente está inscrito en un programa ADAP, este puede continuar proporcionándole asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos que se encuentran en el formulario del ADAP. Con el fin de garantizar que usted continúe recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare. El programa ADAP de Massachusetts se llama Programa de Asistencia de Medicamentos contra el VIH (HDAP).

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame o escriba a:

Community Research Initiative of New England/HDAP
38 Chauncy Street, Suite 500
Boston, MA 02111
Fax: 617-502-1703
Teléfono: 1-800-228-2714

¿Qué sucede si obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para poder pagar los costos de medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros obtienen “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Si obtiene “Ayuda adicional”, el programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare no se aplica a su caso. Si obtiene “Ayuda adicional”, ya tiene cobertura para los costos de medicamentos con receta durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y considera que debería obtenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la*

Parte D, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que los registros de sus medicamentos con receta sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le debemos un descuento, puede presentar una apelación. Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP), llamado servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas (SHINE); (los números de teléfono se incluyen en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

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

Método	Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá comunicarse con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, tendrá acceso a la línea de ayuda automática e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Servicio para los Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud o las primas de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan o sobre los períodos de inscripción para realizar un cambio.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

SECCIÓN 10 Puede recibir asistencia de la Línea de Enfermería

Si necesita asesoría e información médica, Senior Care Options Program le brinda acceso a un profesional de atención médica especializado de guardia durante todo el día. Cuando llame, nuestro especialista clínico, un enfermero certificado, un especialista en salud conductual o alguien similar responderá sus preguntas sobre bienestar y salud en general. Nuestro especialista, que tiene acceso a su plan de atención personalizado, también proporcionará asesoría clínica sobre sus necesidades físicas y emocionales. Si tiene una necesidad médica urgente pero no es una emergencia, puede llamar a la Línea de Enfermería durante las 24 horas, los 7 días de la semana para hacer preguntas clínicas de salud conductual y médicas.

Método	Información de contacto de la Línea de Enfermería
TELÉFONO	1-866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Contamos con un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

CAPÍTULO 3

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

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

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

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.....	39
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	39
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	40
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	41
Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención.....	41
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación por adelantado de su PCP?.....	43
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	43
Sección 2.4	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red.....	45
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	46
Sección 3.1	Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica.....	46
Sección 3.2	Cómo puede obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios.....	48
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre.....	49
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	49
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos	49
Sección 4.2	¿Qué debería hacer en el caso de los servicios que no cubre nuestro plan?..	50
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	50
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	50
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?	51
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”.....	52
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?.....	52

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

Sección 6.2	Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	53
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipos médicos duraderos	53
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?	53
SECCIÓN 8	Normas para los suministros y los equipos de oxígeno y para el mantenimiento	54
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	54
Sección 8.2	¿Qué pasa si deja el plan y vuelve a Original Medicare?	55

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. En él se incluyen definiciones de términos y se explican las normas que deberá respetar para obtener tratamientos médicos, servicios y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener más información sobre qué atención médica y otros servicios cubre el plan, utilice la Tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios [lo que está cubierto]*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- 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. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de

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

nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta 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 y los equipos que cubre el plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare y MassHealth (Medicaid), Senior Care Options Program debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y otros servicios.

Senior Care Options Program, generalmente, cubrirá la atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (PCP) y un equipo de atención de la red que le brinden y supervisen su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP/su equipo de atención de la red o nuestro plan deberán darle su aprobación por adelantado (autorización o aprobación previa) antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Su PCP/equipo de atención trabaja en estrecha colaboración con nuestro plan para coordinar los servicios cuando sea necesario. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo y la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.
 - No se requiere autorización previa de su PCP para la atención de emergencia o para los servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP/equipo de atención o del plan (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo y la Tabla de beneficios en el Capítulo 4).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Existen tres excepciones:

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

- El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de 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 obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Su PCP/equipo de atención o el plan deben autorizar la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red antes de que la obtenga. Su PCP/equipo de atención trabaja en estrecha colaboración con nuestro plan para coordinar los servicios cuando sea necesario. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

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

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

¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP 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 puede ser un médico de atención primaria, un profesional en enfermería, un auxiliar médico o un especialista en salud de las mujeres con autorización que cumpla con determinados requisitos estatales y tenga la formación necesaria para brindar atención médica general integral.

Cuando es miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Senior Care Options Program celebra contratos con proveedores de atención primaria que conocen su comunidad y que han establecido relaciones laborales con especialistas, hospitales, proveedores de atención a domicilio en la comunidad y centros de atención de enfermería especializada de su área.

El PCP, junto con otros miembros del equipo de atención, es responsable de coordinar toda su atención médica. Su equipo de atención puede incluir a su PCP, un socio en la atención, un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) y otras personas si fuera necesario. La “coordinación” de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con usted y otros proveedores del plan sobre esto mismo.

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

Se requiere autorización previa (aprobación por adelantado) de su PCP/equipo de atención o del plan para una cierta cantidad de servicios antes de que pueda recibirlos. Su PCP/equipo de atención trabaja en estrecha colaboración con el plan para coordinar estos servicios cuando sea necesario. Estos servicios están identificados en la Tabla de beneficios en el siguiente capítulo (*Tabla de beneficios [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 que esté inscrito, su equipo de atención, junto con usted y cualquier otra persona que usted elija para que participe, como un miembro de su familia, trabajará con usted para desarrollar un plan de atención personalizado diseñado para usted. Para asegurarse de que usted 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 más frecuentemente si fuera necesario.

¿Cómo elige al PCP?

Cada uno de nuestros miembros debe tener un proveedor de atención primaria (PCP) que tenga un contrato con nuestro plan. El PCP que usted elija puede ser un médico 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 elige un PCP, le asignaremos uno. También puede llamar a nuestro Servicio para los Miembros al número que se encuentra impreso en la portada posterior de este documento si necesita obtener más información o ayuda.

En caso de que haya especialistas específicos a los que desee consultar, debe preguntarle a su PCP si trabaja con esos especialistas. Cada PCP trabaja con ciertos especialistas a los que puede remitirlo, aunque usted tenga cobertura con cualquier especialista que sea parte de nuestra red.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP.

Si el cambio de PCP implica un grupo médico diferente, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente después de realizar la solicitud; sin embargo, si el 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 se retira de la red de nuestro plan, se lo informaremos por correo y le ayudaremos a elegir otro PCP, de modo que pueda seguir obteniendo los servicios cubiertos. Para obtener más información o ayuda, llame a nuestro Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación por adelantado de su PCP?**

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atienda con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos; por ejemplo, cuando usted está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Servicio para los Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).
- Para obtener más información sobre servicios que no requieren autorización previa (aprobación por adelantado), consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas 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.

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

Los PCP y dentistas del plan tienen ciertos especialistas que utilizan para las remisiones, aunque usted tiene cobertura con cualquier especialista que sea parte de nuestra red. En caso de que haya especialistas específicos que usted desee consultar, debe preguntarle a su PCP si trabaja con ese especialista. Usted puede cambiar de PCP si quiere consultar a un especialista al cual su PCP actual no puede remitirlo. Para obtener más información acerca de cómo cambiar de PCP, consulte la Sección 2.1 en este capítulo. Si necesita más información o ayuda, también puede llamar a nuestro Servicio para los Miembros.

Nuestro plan celebra contratos con ciertos centros que brindan atención para afecciones crónicas y agudas, y rehabilitación. Como miembro de Senior Care Options Program, se le proporcionará una remisión 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 el *Directorio de proveedores* para ubicar centros dentro de la red del plan. En nuestro sitio web, www.CommonwealthCareSCO.org, se encuentra disponible el *Directorio de proveedores* más actualizado.

Si recibió recientemente un diagnóstico de cáncer grave o terminal, su socio en la atención, proveedor de atención primaria o especialista pueden recomendarle el programa de cuidados paliativos Life Choices o el programa de hospicio. Si sufre de una enfermedad grave, los cuidados paliativos pueden serle de ayuda para, por ejemplo, encontrar servicios que satisfagan sus necesidades, como 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 autorización previa de su PCP/equipo de atención o del plan para una cierta cantidad de servicios antes de que pueda recibirlos. Su PCP/equipo de atención trabaja en estrecha colaboración con nuestro plan para coordinar estos servicios cuando sea necesario. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Le recomendamos consultar a su PCP/equipo de atención antes de recibir servicios que no requieren autorización previa para asegurarse de que reciba los servicios adecuados, a menos que sea una situación de emergencia o urgencia.

Nuestro plan también cubre una segunda opinión de un especialista o de 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 para recibir los servicios de una segunda opinión de un proveedor fuera de la red. Su PCP/equipo de atención debe autorizar el servicio que usted reciba de un proveedor fuera de la red antes de recibir atención. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de participar en el plan?

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

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

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con al menos 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

Llame al Servicio para los Miembros al número que se encuentra impreso en la portada posterior de este documento para obtener más información o ayuda.

Sección 2.4	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red
--------------------	---

Usted debe recibir atención de un proveedor de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). **Existen algunas excepciones para tener en cuenta:**

- El plan cubre la atención de emergencia o la atención de urgencia fuera del área que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de 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. Su PCP/equipo de atención o el plan deben autorizar la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red antes de recibirla. Su PCP/equipo de atención trabaja en estrecha colaboración con el plan para coordinar estos servicios cuando sea necesario. En este caso, cubriremos estos servicios autorizados sin costo alguno para usted. Si no obtiene autorización por adelantado para consultar a un proveedor fuera de la red, deberá pagar por el servicio.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

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

- El plan cubre la atención fuera de la red en circunstancias inusuales. Usted debe obtener una autorización para recibir atención de un proveedor fuera de la red antes de recibirla. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted. Si no obtiene autorización por adelantado para recibir atención fuera de la red, deberá pagar por el servicio. Algunos ejemplos de circunstancias inusuales que pueden requerir de atención fuera de la red son los siguientes:
 - Tiene una afección médica única y los servicios de proveedores de la red no se encuentran disponibles.
 - Los servicios se encuentran disponibles dentro de la red, pero no de manera oportuna como justifica su afección médica.
 - Usted necesita obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red. Su PCP/equipo de atención lo ayudará a coordinar para recibir los servicios de una segunda opinión de un proveedor fuera de la red.
 - El PCP/equipo de atención determina que un proveedor que no pertenece a la red puede brindar un mejor servicio.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o 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 la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Todo lo que debe hacer es llamar al número gratuito indicado en el reverso de la tarjeta de miembro y el personal del Servicio para los Miembros se asegurará de comunicar la información a su equipo de atención. El Servicio

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

para los Miembros de Senior Care Options Program se encuentra disponible de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el Servicio para los Miembros está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

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

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan también cubre servicios de emergencia, incluso transporte de emergencia, y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios hasta un monto de mil dólares (\$1,000) por año calendario. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir servicios de posestabilización y atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable, o para mejorar o curar su afección. Esto puede requerir atención adicional en un hospital para pacientes internados, un entorno de paciente externo, un centro de atención de enfermería especializada o un centro de rehabilitación. Debemos responder las solicitudes de aprobación de la atención de posestabilización en el plazo de una hora después de recibir la solicitud. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento correspondiente y estamos disponibles para consultar con los proveedores y equipos de atención que lo tratan para determinar los próximos pasos apropiados de tratamiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan. Nuestro objetivo es asegurarnos de que sus necesidades de atención durante el período de posestabilización no se vean afectadas por los requisitos de autorización.

Medicare no cubre los servicios de emergencia ni ningún otro tipo de servicio si los recibe fuera de los Estados Unidos.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

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

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien* la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2	Cómo puede obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios
--------------------	--

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red se encuentran temporalmente no disponibles o son inaccesibles. La enfermedad imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida que tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe intentar obtener servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente no disponibles o no es posible comunicarse con ellos, y no es razonable esperar para recibir atención del proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos servicios de urgencia que obtenga de proveedores fuera de la red.

Si tiene necesidades de atención de urgencia, le recomendamos que llame a la línea del Servicio para los Miembros al 1-866-610-2273 (TTY: llame a MassRelay al 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Lo pondremos en contacto con nuestro Departamento de Respuesta Clínica que está disponible durante las 24 horas. Tenemos enfermeros certificados y médicos clínicos de salud conductual que lo ayudarán con sus necesidades de atención médica o de salud conductual de urgencia.

Todas las consultas de atención de urgencia o sintomáticas en el consultorio o en el hogar están disponibles en un plazo de 48 horas, por lo que será evaluado en un consultorio o en su hogar. Todas las consultas en el consultorio asintomáticas están disponibles en un plazo de 30 días calendario.

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

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

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

Nuestro plan también cubre servicios de emergencia, incluso transporte de emergencia, y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios hasta un monto de mil dólares (\$1,000) por año calendario. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

Medicare no cubre los servicios de urgencia ni ningún otro tipo de atención si la recibe fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre
--------------------	--

Si el Gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted continúa teniendo derecho a la atención con este plan.

Para obtener información acerca de cómo recibir la atención que necesita durante un desastre, visite el siguiente sitio web: www.CommonwealthCareSCO.org

Por lo general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permite obtener atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4

¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos
--------------------	--

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por 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.

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

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

Senior Care Options Program cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios. Estos servicios se encuentran en la Tabla de beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este documento) y se obtienen en virtud de las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene el derecho de solicitar esto por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Servicio para los Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).

Como miembro de Senior Care Options Program, usted paga \$0 por los servicios cubiertos. Consulte la Sección 2 (Tabla de beneficios) del Capítulo 4 para ver los servicios cubiertos.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los

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

requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos de este, y si comprende y acepta 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 por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono) para informar que participará en un ensayo clínico y para averiguar más detalles específicos sobre lo que pagará su plan.

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?
--------------------	--

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

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

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus avisos de

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

resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibía como parte del estudio. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 6.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará ninguna de las siguientes opciones:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta 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 de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

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

Sección 6.2	Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica
--------------------	---

Para que lo atiendan en 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 exceptuado” corresponde a la atención o tratamiento médico *voluntario* y que *no es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” corresponde a la atención o tratamiento médico que *no se considera voluntario* o que *es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada, y
 - debe obtener la aprobación por adelantado del plan antes de que lo ingresen en el centro, porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

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

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--------------------	--

Su equipo de atención desempeña una función importante en determinar qué equipo es el mejor para usted. El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas para infusión intravenosa (IV), nebulizadores

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

y camas de hospital que solicita un proveedor para usar en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, son siempre 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 13 meses; después de los 13 meses de alquiler, el artículo es considerado propiedad del miembro.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses.

Cuando se inscribe en Senior Care Options Program, su equipo de atención, junto con usted y cualquier otra persona que usted elija para que participe, como un miembro de su familia, desarrollará un plan de atención personalizado diseñado para usted. Con su participación activa, su equipo de atención reevaluará sus necesidades al menos cada 6 meses, y más frecuentemente si fuera necesario. Si su necesidad de equipo médico duradero es temporal, Commonwealth Care Alliance puede alquilar ciertos equipos médicos duraderos para su uso a corto plazo. No obstante, puede convertirse en propietario del equipo médico duradero alquilado siempre y cuando el artículo sea médicamente necesario, usted tenga una necesidad a largo plazo del artículo y sea autorizado. 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 en la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener información sobre equipos médicos duraderos.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se haya cambiado a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no se consideran para los 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, estos pagos anteriores tampoco se tendrán en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de volver a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para los suministros y los equipos de oxígeno y para el mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?
--

Si usted reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare para equipos de oxígeno, Senior Care Options Program cubrirá lo siguiente durante el período completo de su inscripción:

- Alquiler de equipos de oxígeno

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

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

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

Sección 8.2 ¿Qué pasa si deja el plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a Original Medicare, entonces comenzará un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted había pagado por el alquiler de un equipo de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Senior Care Options Program por 12 meses y luego regresa a Original Medicare, deberá pagar el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios
(lo que está cubierto)*

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

SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos	58
Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos	58
SECCIÓN 2	Averigüe en la <i>Tabla de beneficios</i> qué es lo que está cubierto	58
Sección 2.1	Sus beneficios de servicios médicos de atención a largo plazo, en el hogar y la comunidad como miembro del plan	58
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	116
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por el plan (exclusiones)	116

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios que proporciona una lista de los servicios cubiertos como miembro de Senior Care Options Program. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos
--

Debido a que usted obtiene asistencia de MassHealth (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando respete las normas del plan para recibir atención. (Para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención, consulte el Capítulo 3).

SECCIÓN 2 Averigüe en la *Tabla de beneficios* qué es lo que 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 que se incluye en las próximas páginas detalla los servicios que cubre Senior Care Options Program. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare y MassHealth (Medicaid) deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben ser* médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3 se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con *itálica* en la Tabla de beneficios.

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

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. MassHealth (Medicaid) cubre su costo compartido para los servicios de Medicare, incluido cualquier copago para servicios y medicamentos por los que, de lo contrario, tendría que pagar. MassHealth (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, servicios de atención en el hogar y la comunidad, servicios odontológicos y medicamentos de venta libre, entre otras cosas.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). Revíselo por Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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 por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2021, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Debido a que usted obtiene asistencia de MassHealth (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando respete las normas del plan para recibir atención. (Para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención, consulte el Capítulo 3). Conforme a su acuerdo con MassHealth (Medicaid), nuestro plan también le proporciona beneficios adicionales según estén aprobados en su plan de atención personalizado. Nuestro plan cubre servicios de atención médica, incluidos, entre otros, atención a largo plazo, servicios de atención en el hogar y la comunidad, atención odontológica y algunos medicamentos con receta que generalmente no están cubiertos por Medicare. Senior Care Options Program le ayudará a gestionar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y ayuda con el pago a los que tiene derecho. Todos estos beneficios se incluyen en la Tabla de beneficios más abajo.
- Si se encuentra dentro del período de 1 mes de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. No obstante, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de MassHealth (Medicaid) que están incluidos en el plan estatal de MassHealth (Medicaid), ni pagaremos las primas o los costos compartidos de Medicare por los que el estado, de otra manera, sería responsable. Durante este período, trabaje con la oficina de MassHealth (Medicaid) para garantizar la elegibilidad continua para MassHealth. Los montos de costos compartidos para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

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 personas inscritas que tienen ciertas afecciones crónicas

- Si usted recibe un diagnóstico de un proveedor del plan que le indica que tiene alguna de las afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, es posible que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios específicos o un costo compartido reducido específico.
 - Las afecciones crónicas incluyen las siguientes:
 - Dependencia crónica al alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunitarios
 - Cáncer
 - Trastornos neurológicos
 - Afecciones de la salud mental crónicas e incapacitantes
 - Demencia
 - Trastornos cardiovasculares
 - Diabetes mellitus
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Enfermedad hepática terminal
 - Enfermedad renal terminal
 - Trastornos hematológicos graves
 - VIH/SIDA
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Derrame cerebral
 - Otras afecciones crónicas. Hable con su socio en la atención si tiene preguntas sobre su elegibilidad.
- **Información importante sobre beneficios para todas las personas inscritas que participan en los servicios de planificación de la atención médica y del bienestar (WHP)**
- Dado que Senior Care Options Program participa en el programa de hospicios y en el programa de cuidados paliativos de Life Choices, usted será elegible para recibir los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de planificación de la atención por adelantado (ACP):
 - Todos los miembros de Senior Care Options Program tienen acceso a los siguientes servicios de WHP, independientemente de su participación en programas de Life Choices o de hospicios:
 - Consulta anual de bienestar
 - Evaluación de riesgo de salud de Medicare

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

- Programa de administración de la atención
- Evaluación en el domicilio
- Planificación de la atención por adelantado (ACP)
- Los servicios de WHP y ACP son voluntarios, y los inscritos tienen la libertad de rechazar las ofertas de servicios de WHP y ACP.

Como está inscrito en el programa de hospicios y en el programa de cuidados paliativos de Life Choices de Senior Care Options Program, usted tiene acceso a servicios de WHP.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios. El plan cubre los servicios preventivos de Medicare.

Tabla de beneficios

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: acupuntura para el dolor en la parte baja de la espalda y para otras afecciones cubiertas por MassHealth (consulte “Acupuntura” a continuación en esta misma sección).</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: si es médicamente necesario.</p> <p>A los fines de este beneficio, se define el dolor en la parte baja de la espalda de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">• con 12 semanas o más de duración;• no específico, es decir, sin una causa sistémica identificable (no relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);• no relacionado con una cirugía, y• no relacionado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Acupuntura</p> <p>Nuestro plan cubre la acupuntura en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid) además de los servicios cubiertos por Medicare de arriba.</p> <p>El plan cubre hasta 36 consultas en total por año calendario a través de MassHealth, a menos que se autoricen de otra manera en su plan de atención personalizado. Las 36 sesiones no se suman a las 20 sesiones cubiertas anteriormente si estas fueron para el dolor en la parte baja de la espalda. Son un total de 36 sesiones entre Medicare y MassHealth si es médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios diurnos de salud para adultos Un programa diurno para las personas 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 ejercicios y tomar la medicación), servicios de tratamiento, mantenimiento y socialización. El plan cubre los servicios diurnos de salud para adultos a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.
<p>Cuidado para adultos Servicios brindados a un miembro en el hogar a cargo de un proveedor de atención médica calificado por la agencia proveedora del AFC; los servicios incluyen asistencia con las actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, alimentarse, realizar las 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 son proporcionadas por el enfermero o profesional en enfermería del equipo de atención. El plan cubre el cuidado para adultos a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.
<p>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. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro con una afección médica por la cual otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.• El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</i></p> <p>Nuestro plan también cubre servicios de emergencia, incluso transporte de emergencia, y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios hasta un monto de mil dólares (\$1,000) por año calendario. Consulte las secciones <i>Atención de emergencia</i> y <i>Atención de urgencia</i> más adelante en esta tabla para obtener más información.</p> <p>Para obtener más información sobre los servicios de transporte que no sean de emergencia cubiertos por el plan a través del beneficio de MassHealth (Medicaid), consulte la sección <i>Transporte</i> más adelante en esta tabla.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. No obstante, no es necesario haber realizado la consulta “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de control cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. <p>El plan también puede cubrir pruebas de detección y exámenes clínicos adicionales cuando sean médicamente necesarios a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). El plan también cubre análisis de sangre adicionales cuando sean médicamente necesarios conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que estén cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o si está en edad fértil y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses <p>El plan también puede cubrir pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos adicionales cuando sean médicamente necesarios a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos El plan cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación conforme al beneficio de Medicare. El plan también cubre atención de rutina, visitas al consultorio y servicios de radiología a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>El plan cubre hasta 36 consultas por año calendario, a menos que se autoricen de otra manera en su plan de atención personalizado.</i></p>	Usted paga \$0.
<p>Servicios de tareas domésticas Incluyen actividades que ayudan a los miembros a mantener sus hogares y a corregir o evitar defectos ambientales que puedan representar un riesgo para la salud y seguridad del miembro. Nuestro plan cubre los servicios de tareas domésticas a través de los beneficios de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Análisis de sangre oculta en la materia fecal con guayacol (gFOBT)• Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Prueba de detección de cáncer colorrectal basada en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	Usted paga \$0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de compañía Los servicios de compañía permiten que las personas sanas permanezcan en su casa al proporcionarles asistencia. Actividades relacionadas con la socialización y recreación, asistencia con la preparación de refrigerios ligeros, ayuda con las compras y los mandados, y acompañamiento a citas médicas, centros de nutrición y caminatas. Nuestro plan cubre los servicios de compañía a través de los beneficios de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p>Servicios continuos de enfermería/servicio de enfermería privada Servicios continuos de enfermería especializada. Nuestro plan cubre estos servicios a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p>Cuidado asistencial (atención a largo plazo en un hogar de convalecencia) Atención brindada en un hogar de convalecencia. Senior Care Options Program no paga servicios personales como televisión, etc. El plan también ayuda en la transición a la comunidad. Nuestro plan cubre el cuidado asistencial a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0. Si MassHealth (Medicaid) determina que usted tiene que pagar un monto pagado por el paciente (PPA) por su cuidado asistencial, usted es responsable de estos pagos a MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Habilitación diurna Programa de tratamiento activo, estructurado y orientado a las metas de servicios terapéuticos y de habilitación médicamente orientados para personas con discapacidades del desarrollo que necesitan tratamiento activo. Nuestro plan cubre la habilitación diurna a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza, controles de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos estos servicios con el beneficio de MassHealth (Medicaid):</p> <p><u>Preventivos/de diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Preventivos, como limpiezas• Exámenes de rutina• Radiografías <p><u>De restauración:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Empastes• Corona*• Reemplazo de corona*• Tratamiento de endodoncia (tratamientos de conducto)* <p><u>Periodoncia:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Raspado y alisado radicular*• Mantenimiento periodontal <p><u>Prostodoncia (removible):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Dentaduras completas• Dentaduras parciales*• Revestimientos y ajustes de dentaduras completas <p><u>Servicios de implantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Límite de 4 implantes cuando sean necesarios para anclar dentaduras postizas completas* <p><u>Cirugía oral y maxilofacial:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Extracciones (remoción de dientes)• Biopsia y cirugía de tejidos blandos*• Alveoloplastia• Injertos óseos* <p><i>Los siguientes servicios están cubiertos sin autorización previa:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes y radiografías de rutina• Servicios preventivos, incluidas las limpiezas• Empastes de restauración• Dentaduras postizas completas y revestimientos	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Los servicios deben ser realizados por un dentista de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Extracciones no quirúrgicas• Atención de emergencia <p>Las limpiezas preventivas y los exámenes y las radiografías de rutina se cubren dos veces por año calendario.</p> <p>Las dentaduras postizas completas, parciales y con coronas están cubiertas una vez cada cinco años. Pueden aplicarse otras limitaciones.</p> <p>En el caso de que se necesite información clínica para determinar si un tratamiento es adecuado, Senior Care Options Program de Commonwealth Care Alliance se reserva el derecho de designar a un dentista experto para que revise el plan de tratamiento propuesto por su dentista.</p> <p>Los servicios que requieren autorización deben ser enviados directamente por el proveedor dental de la red que lo trata para que los revisemos.</p> <p><i>* Es posible que se requiera autorización previa para los servicios enumerados y para servicios adicionales.</i></p> <p>Para obtener una lista detallada, llame a nuestro Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento.</p>	
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>El plan cubre una prueba de detección para la depresión por año a través del beneficio de Medicare. El plan también cubre servicios adicionales y pruebas de detección a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para una prueba de detección de depresión.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden ser cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no), el plan cubre los siguientes servicios a través del beneficio de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. <p>El plan también puede cubrir servicios adicionales a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p>Nuestro plan tiene contratos con Abbott Diabetes Care, un proveedor preferido, para suministrar glucómetros y tiras reactivas a nuestros miembros con diabetes. Estos productos incluyen: medidores FreeStyle Lite®, medidores FreeStyle Freedom Lite®, medidores Precision Xtra®, tiras reactivas FreeStyle Lite®, tiras reactivas Precision Xtra®, tiras reactivas Precision Xtra® Beta Ketone.</p> <p>Puede conseguir un glucómetro nuevo y tiras reactivas solicitando una receta nueva de su proveedor para obtenerlos en su farmacia local o llamando a Abbott Diabetes Care al 1-800-522-5226 o por Internet en www.AbbottDiabetesCare.com.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para estos productos seleccionados recibidos de Abbott Diabetes Care. Se requiere autorización previa para glucómetros, medidores terapéuticos continuos de glucosa (CGM) y tiras reactivas recibidos de otros fabricantes.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)</p> <p><i>No se requiere autorización previa para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y otros suministros para personas con diabetes proporcionados por un proveedor contratado.</i></p> <p>Para obtener más información, llame al Servicio para los Miembros al número que figura en la portada posterior de este documento.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de salud conductual de esparcimiento Servicios de atención de salud conductual comunitarios que puede utilizar en lugar de ir al hospital o a un centro para algunas necesidades de salud conductual. 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:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manejo de la abstinencia para pacientes internados con supervisión médica• Servicios de emergencia de salud conductual, lo que incluye programa de servicios de detección de emergencia, asesoramiento para crisis a corto plazo, crisis de administración de medicamentos y servicios de especialización.• Estabilización comunitaria en casos de crisis• Programa de apoyo comunitario (CSP)• Programa de apoyo comunitario (CSP) para personas sin hogar crónicas• Servicios de apoyo clínico para programas de abuso de sustancias• Programa intensivo para pacientes externos• Camas de observación• Hospitalización parcial• Tratamiento psiquiátrico diario• Programa estructurado de adicciones para pacientes externos• Navegador de apoyo para la recuperación• Instructor para capacitación para la recuperación• Servicios de rehabilitación residencial• Programas de tratamiento comunitario de reafirmación personal (PACT)• Telesalud <p><i>No se requiere autorización previa.</i></p> <p>Consulte la sección <i>Atención de la salud mental para pacientes externos</i> más adelante en esta tabla para obtener más información sobre los servicios de salud mental adicionales.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos y suministros relacionados (En el Capítulo 11 de este documento, encontrará una definición de “equipos médicos duraderos”).</p> <p>Los artículos cubiertos por el plan conforme al beneficio de Medicare incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, camas de hospital, bombas para infusión intravenosa (IV), equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>El plan también cubre determinados suministros adicionales conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid). Los suministros cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pañales para adultos • Catéteres urinarios • Sistemas personales de respuesta ante emergencias (PERS) • Sistema de respuesta ante desvío de la zona segura: sistema/dispositivo de alerta de comunicación para miembros que corren el riesgo de alejarse de la zona segura • Pasamanos para baño y ducha • Adaptaciones y dispositivos de ayuda para la accesibilidad al entorno, que incluyen servicios relacionados con la provisión de adaptaciones mínimas de la vivienda, modificaciones mínimas en el hogar o equipos adaptables para los miembros que necesitan este servicio para poder permanecer en la comunidad de manera segura e independiente • Tecnología de adaptación/asistencia • Dispositivos de comunicación aumentativos y alternativos • Reparaciones y modificaciones <p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos que sean médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted.</p> <p><i>Pueden aplicarse límites a ciertos DME. Es posible que se requiera autorización previa. Para obtener una lista detallada, llame a nuestro Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none">• son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y• son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>Los servicios de emergencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red se encuentran temporalmente no disponibles o son inaccesibles.</p> <p>Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Nuestro plan también cubre servicios de emergencia, incluso transporte de emergencia, y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios hasta un monto de mil dólares (\$1,000) por año calendario. Este es un beneficio complementario cubierto a través de nuestro plan.</p> <p>Para obtener más información sobre la atención de emergencia, consulte el Capítulo 3.</p> <p><i>No se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su situación de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención, o debe recibir atención como paciente internado en un hospital fuera de la red que el plan autorice.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Reasignación/afirmación de género El plan cubre los servicios de reasignación de género. Los servicios pueden incluir lo siguiente: mastectomía, aumento del busto, histerectomía, salpingectomía, ooforectomía o cirugía reconstructiva genital. <i>Se requiere autorización previa. Su proveedor médico deberá proporcionar sus registros médicos para su revisión.</i> Los servicios y procedimientos que se consideran estéticos y la cirugía de reversión de reasignación de género no tienen cobertura. Para obtener más información o ayuda, comuníquese con su equipo de atención.</p>	Usted paga \$0.
<p>Compra y entrega de alimentos Nuestro plan cubre estos servicios a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.
<p>Cuidado para adultos grupal Atención personal en una comunidad de vivienda asistida o un condominio público/para personas mayores para miembros con riesgo inminente de institucionalización. Se brindan servicios de ayuda diaria en el cuidado personal, el control de los medicamentos, las tareas domésticas ligeras y el lavado de ropa. Nuestro plan cubre el cuidado para adultos grupal a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>El plan cubre los servicios preventivos de Medicare. Estos servicios se incluyen aparte dentro de la Tabla de beneficios y están marcados con una manzana. Otros programas de salud y bienestar no están cubiertos a través del beneficio de Medicare.</p> <p>Nuestro plan también cubre servicios y programas adicionales a través del beneficio de MassHealth (Medicaid) incluidos, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos educativos de salud • Programa para el autocontrol de enfermedades crónicas • Programa para el autocontrol de la diabetes • Programa para una alimentación saludable • Programa para enfermedades cardiovasculares • Entrevista motivacional • Acceso a la Línea de Enfermería durante las 24 horas, los 7 días de la semana (consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo acceder a la Línea de Enfermería) <p>Su equipo de atención trabajará con usted y recomendará qué programas pueden ser adecuados para usted en función de sus necesidades. Para obtener más información o ayuda, póngase en contacto con su equipo de atención o llame a nuestro Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por Commonwealth Care Alliance o un proveedor contratado.</i></p> <p>Asignación de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico que reúna los requisitos. Un club de salud o centro de acondicionamiento físico que reúna los requisitos ofrece equipamiento para ejercicios cardiovasculares y de fortalecimiento en el lugar. Este beneficio no cubre tarifas de membresía que pague a clubes de salud o centros de acondicionamiento físico que no reúnan los requisitos, lo que incluye, entre otros, centros de artes marciales, instalaciones de gimnasia, clubes de campo y clubes sociales, y actividades deportivas como golf y tenis. 	<p>Usted paga \$0.</p> <p>El plan le reembolsa hasta \$250 por año calendario en costos de membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico que reúna los requisitos, clases instructivas de acondicionamiento físico cubiertas, participación en programas de bienestar, actividades de acondicionamiento de la memoria, un rastreador de actividad (p. ej., Fitbit, Apple Watch, etc.). Paga todos los costos que superen los \$250 por año calendario.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos de salud y bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Participación en clases grupales o instructivas de acondicionamiento físico como Tai Chi y programas de saludos, incluidas aquellas en una YMCA (para clases y programas relacionados con una tarifa adicional)• Rastreador de actividad (límite de uno por miembro por año) <p>Para obtener este reembolso, debe presentar un formulario de reembolso de la asignación para bienestar completo junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional que se mencione en el formulario. Llame al Servicio para los Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite www.commonwealthcarealliance.org/members/sco/sco-member-forms.</p> <p>Envíe el formulario completo con la documentación necesaria a la dirección que aparece en el formulario. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros.</p>	<p>Senior Care Options de Commonwealth Care Alliance debe recibir las solicitudes de reembolso para un año anterior antes del 31 de marzo del año siguiente.</p> <p>No se requiere una remisión para este beneficio.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tarjeta Healthy Savings para comprar ciertos artículos de venta libre (OTC) y alimentos nutritivos saludables aprobados por Medicare:</p> <p>Usted recibe una tarjeta con una asignación de \$125 que se aplica al comienzo de cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos aprobados por Medicare, como desinfectantes para manos, mascarillas, suministros de primeros auxilios, cuidado dental, suministros para síntomas de resfriado y otros sin una receta.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los artículos aprobados por Medicare cubiertos que se compran en un minorista contratado.</i></p> <p>Los miembros con enfermedades crónicas pueden usar la tarjeta OTC para comprar alimentos saludables y nutritivos de manera similar a lo que ofrece el beneficio del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP). Los miembros sin enfermedades crónicas pueden usar la tarjeta OTC únicamente para comprar artículos aprobados por Medicare. Consulte “Asistencia con las afecciones crónicas” dentro de la Tabla de beneficios para obtener más información. Los miembros sin enfermedades crónicas pueden usar la tarjeta OTC únicamente para comprar artículos aprobados por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa para que los miembros con enfermedades crónicas usen la tarjeta OTC para comprar alimentos saludables y nutritivos. Las enfermedades crónicas generalmente son afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección está diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluidos su médico de atención primaria, profesional en enfermería y proveedores similares.</p> <p>Comuníquese con el Servicio para los Miembros si tiene preguntas sobre los artículos de OTC aprobados por Medicare o visite www.otcnetwork.com/member con el número de su tarjeta OTC.</p> <p>Para obtener más información sobre los medicamentos de OTC cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid), consulte la sección <i>Medicamentos para pacientes externos</i> más adelante en esta tabla.</p>	<p>Usted paga \$0 por artículos cubiertos hasta \$125 por trimestre.</p> <p>Si el costo de los artículos de OTC aprobados por Medicare supera el límite del beneficio trimestral de \$125 por trimestre, usted deberá pagar los costos adicionales.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios auditivos</p> <p>Según los beneficios de Medicare, el plan cubre las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por el proveedor para determinar si necesita tratamiento médico. Estos servicios están cubiertos como atención para pacientes externos cuando los proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también cubre los siguientes servicios auditivos conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid):</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes auditivos de rutina• Audífonos, incluidas evaluaciones para adaptarlos, reparaciones y reemplazos <p><i>No se requiere autorización previa para exámenes auditivos de rutina, evaluaciones, reparaciones y reemplazos proporcionados por un proveedor contratado. Se requiere autorización previa para audífonos que superen los \$500.</i></p> <p>Para obtener una lista detallada, llame a nuestro Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Asistencia con las afecciones crónicas</p> <p>Senior Care Options de Commonwealth Care Alliance incluye los siguientes servicios adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none">• Asignación para alimentos y frutas y verduras para los miembros diagnosticados con una afección crónica. Los miembros que reúnan los requisitos accederán a esta asignación a través de su asignación trimestral para OTC de Healthy Savings por \$125 en minoristas contratados. <p>Las afecciones crónicas incluyen las siguientes: dependencia crónica al alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastornos neurológicos, afecciones de la salud mental crónicas e incapacitantes, demencia, trastornos cardiovasculares, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal, trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, derrame cerebral y más.</p> <p>Las enfermedades crónicas generalmente son afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección está diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluidos su médico de atención primaria, profesional en enfermería y proveedores similares.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una prueba de detección cada 12 meses. <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Empleada doméstica Incluye ayuda con las compras, la planificación del menú, la preparación de comidas, el lavado de ropa y las tareas domésticas sencillas que incluyen, entre otras, pasar la aspiradora, limpiar el polvo de los objetos, trapear, lavar los platos, limpiar la cocina y el baño, y cambiar la ropa de cama. Nuestro plan cubre los servicios de empleada doméstica a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.
<p>Comidas a domicilio El servicio incluye la preparación, el empaquetado y el envío de comidas a los domicilios de los miembros. Nuestro plan cubre estos servicios a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.
<p>Atención de agencias de atención de la salud a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención de la salud a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios que cubre el plan conforme al beneficio de Medicare incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada o atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios médicos y sociales• Equipos y suministros médicos <p>Es posible que el plan cubra horas adicionales de atención, incluidos servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica a domicilio más allá del límite de Medicare a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de infusión intravenosa en el hogar</p> <p>La terapia de infusión intravenosa en el hogar involucra la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la terapia de infusión intravenosa en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención• Capacitación y educación de pacientes que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero• Monitoreo remoto• Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión intravenosa en el hogar y el proveedor de dicha terapia <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare en el área de servicio de CCA. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le dan un diagnóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y le quedan menos de 6 meses de vida si su enfermedad avanza a su velocidad normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor• Atención de relevo a corto plazo• Atención a domicilio <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico terminal: Senior Care Options Program (nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio relacionados con su diagnóstico terminal.</u></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, Senior Care Options Program paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal.</p>

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Atención en un hospicio (continuación)

- Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, Senior Care Options Program pagará por su atención si usted recibe estos servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente de acuerdo con las normas básicas del plan descritas en la Sección 1.2 del Capítulo 3, “Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan”.

Para los servicios cubiertos por Senior Care Options Program pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Senior Care Options Program seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por la organización de hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*).

Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios.

Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicios para una persona que padece una enfermedad terminal que no haya optado por el beneficio de hospicio.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <p>El plan también cubre los servicios de hospicio, que incluyen habitación y comida en un centro, a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). Para todos los miembros que no eligen el hospicio de Medicare, ofrecemos servicios de cuidados paliativos con nuestro programa Life Choices y también cuidados de final de la vida. Life Choices es un programa de cuidados paliativos que se centra en aliviar el dolor, el estrés y otros síntomas molestos destinado a las personas que viven con enfermedades crónicas o graves. El programa está diseñado para nuestros miembros, sus familias y los proveedores de atención médica que participan de forma activa en equipos de atención. Para obtener más información, comuníquese con su equipo de atención.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado o por la organización de hospicio elegida por el miembro.</i></p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas antigripales, una por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias• Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B• Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe y hepatitis B.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes internados en un hospital Incluye hospitales de cuidados agudos, rehabilitación, atención a largo plazo para pacientes internados y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados en un hospital. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. El plan cubre su estadía como paciente internado en un hospital más allá del límite de Medicare a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)• Comidas, incluidas dietas especiales• Servicios de enfermería permanentes• Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios)• Medicamentos• Pruebas de laboratorio• Radiografías y otros servicios radiológicos• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios• Uso de aparatos, como sillas de ruedas• Costos de la sala de operaciones y de recuperación• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados• En algunos casos específicos, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera del patrón comunitario de atención, puede elegir entre ir a un centro local siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Senior Care Options Program brinda servicios de trasplante en un lugar	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)</p> <p>fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. El plan cubre las 3 primeras pintas de sangre total y concentrado de glóbulos rojos a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). La cobertura de Medicare de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. El plan cubre todos los otros componentes de la sangre desde la primera pinta de sangre utilizada a través del beneficio de Medicare.• Servicios médicos <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Se requiere autorización previa, excepto para el ingreso de pacientes internados por abuso de sustancias e ingresos de emergencia.</i></p>	<p>Si obtiene atención <i>autorizada</i> para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su afección de emergencia, no paga nada.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de la salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de la salud mental que requieren hospitalización. Medicare tiene un límite de por vida de 190 días respecto de los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de la salud mental que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general en virtud de Medicare.</p> <p>El plan cubre su estadía como paciente internado en un hospital psiquiátrico más allá del límite de Medicare conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Se requiere autorización previa, excepto para el ingreso de pacientes internados por abuso de sustancias e ingresos de emergencia.</i></p>	Usted paga \$0.
<p>Lavandería Nuestro plan cubre los servicios de lavandería a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.
<p> Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando el médico así lo indique.</p> <p>El plan cubre 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p> <p>El plan puede cubrir la terapia médica nutricional para miembros que no cumplen con los criterios para beneficios de Medicare a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	Usted paga \$0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del programa MDPP tendrán cobertura para los beneficiarios elegibles para Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de la salud conductual que proporciona capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias para la resolución de problemas a fin de superar dificultades para mantener la pérdida de peso y una vida saludable.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusia y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos • Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>Categorías de medicamentos de tratamiento escalonado de la Parte B:</p> <p>(Nota: Las clases de medicamentos que se mencionan a continuación no suelen ser administradas por el paciente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiinflamatorios • Agentes antineoplásicos (cáncer) • Productos biológicos • Factores estimulantes de colonias • Inmunomoduladores 	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado: www.commonwealthcarealliance.org/members/pharmacy-program/formulary-2020/2020-senior-care-options-formulary</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Usted no paga nada por sus medicamentos con receta de la Parte D por nuestro plan. La mayoría de los medicamentos de especialidad tienen un límite de un suministro para 30 días.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare.</i></p> <p>Para obtener una lista detallada, llame al Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los servicios de tratamiento para trastornos por abuso de opioides están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el tratamiento de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la FDA y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde.• Asesoramiento sobre uso de sustancias.• Terapia individual y grupal.• Pruebas de toxicología. <p><i>No se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros• Suministros quirúrgicos, como vendajes• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones• Análisis de laboratorio• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. El plan cubre las 3 primeras pintas de sangre total y concentrado de glóbulos rojos a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). La cobertura de Medicare de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Medicare cubre todos los otros componentes de la sangre desde la primera pinta de sangre utilizada.• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos• Exámenes genéticos: servicios proporcionados según las pautas de Medicare y MassHealth (Medicaid) <p><i>Es posible que se requiera autorización previa para las pruebas de diagnóstico y los servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos. Por ejemplo, es posible que las imágenes y las pruebas de detección especializadas (es decir, pruebas genéticas) requieran autorización previa.</i></p> <p>Para obtener más información, llame al Servicio para los Miembros al número que figura en la portada posterior de este documento.</p> <p>En el caso de que se necesite información clínica para determinar si un tratamiento es adecuado, Commonwealth Care Alliance se reserva el derecho de designar a un experto para que revise la solicitud o el plan de tratamiento propuesto.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos para pacientes externos</p> <p>Nuestro plan cubre los medicamentos con receta a través 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.</p> <p>Nuestro plan también cubre los medicamentos para pacientes externos, incluidas entregas a domicilio de medicamentos previamente empaquetados, a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). Las categorías de medicamentos cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid) incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ciertos medicamentos de venta libre (OTC) con una receta de una persona certificada con autorización para dar recetas. Por lo general, solo se cubren los OTC genéricos. Consulte la Lista de medicamentos completa de MassHealth (Medicaid). Para obtener más información, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están en la portada posterior de este documento) o visite nuestro sitio web www.CommonwealthCareSCO.org. <p>Además, nuestro plan cubre la tarjeta Healthy Savings para comprar ciertos artículos de venta libre aprobados por Medicare. Para obtener más información sobre la asignación de la tarjeta de artículos de OTC, consulte la sección <i>Tarjeta Healthy Savings para comprar ciertos artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare</i> que aparece más arriba en esta tabla.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos Nuestro plan cubre servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital• Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado podría ser requerido sin esta atención• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital• Suministros médicos como entablillados y yesos• Algunos servicios preventivos y pruebas de detección• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)</p> <p><i>Se requiere autorización previa para cirugía para pacientes externos. Es posible que se requiera autorización previa para las pruebas de diagnóstico y los servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos. Por ejemplo, es posible que las imágenes y las pruebas de detección especializadas requieran autorización previa.</i></p> <p>Para obtener más información, póngase en contacto con su equipo de atención o con nuestro Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento.</p> <p>En el caso de que se necesite información clínica para determinar si un tratamiento es adecuado, Commonwealth Care Alliance se reserva el derecho de designar a un experto para que revise la solicitud o el plan de tratamiento propuesto.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de la salud mental para pacientes externos Brindamos beneficios de abuso de sustancias y atención de la salud mental que no son más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que aplicamos a los beneficios médicos, quirúrgicos y de apoyo comunitario. Es un requisito de la Ley de Igualdad de Atención de Salud Mental y Adicción. El plan cubre los siguientes servicios conforme al beneficio de Medicare:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p>Conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid), el plan cubre atención adicional para pacientes externos que sea proporcionada por asesores de salud mental con autorización y trabajadores sociales clínicos independientes con autorización.</p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 internados. • Consulta sobre medicamentos. • Consulta para la transición de paciente internado a externo. • Pruebas psicológicas. <p><i>No se requiere autorización previa, excepto para pruebas neuropsicológicas, pruebas psicológicas, terapia electroconvulsiva y estimulación magnética transcraneal.</i></p> <p>El plan también cubre servicios de atención de salud conductual comunitarios (“servicios de salud conductual de esparcimiento”) conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid). Son servicios que puede utilizar en lugar de ir al hospital o a un centro para algunas necesidades de salud conductual. Para obtener más información sobre estos servicios, incluidos los requisitos de autorización previa, consulte la sección <i>Servicios de salud conductual de esparcimiento</i> que aparece más arriba en esta tabla.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de hospitales para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p> <p><i>Se requiere autorización previa para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</i></p> <p>Para obtener más información, póngase en contacto con su equipo de atención o con nuestro Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento.</p>	Usted paga \$0.
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Conforme a la Ley de Igualdad de Atención de Salud Mental y Adicción, brindamos beneficios de abuso de sustancias y atención de la salud mental que no son más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que aplicamos a los beneficios médicos, quirúrgicos, de comunidad y apoyo.</p> <p>El plan cubre servicios adicionales conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid) incluidos, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Desintoxicación ambulatoria (Nivel II. d)• Tratamiento de acupuntura• Mantenimiento con metadona/terapia de reemplazo de opioides <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios recibidos de un proveedor contratado, excepto para el tratamiento de acupuntura pasadas las 36 sesiones.</i></p>	Usted paga \$0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Para obtener más información, póngase en contacto con su equipo de atención o con nuestro Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p>Medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Consulte la sección Medicamentos para pacientes externos de la Tabla de beneficios.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Programa de cuidados paliativos (Life Choices) Life Choices es el programa de cuidados paliativos de Senior Care Options Program. Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una enfermedad grave. Este tipo de atención se enfoca en el alivio de los síntomas y del estrés de una enfermedad grave.</p> <p>Cuando recibe cuidados paliativos, aún puede recibir tratamiento y terapias pensados para mejorar, o incluso curar, sus problemas médicos.</p> <p>El programa puede ayudarle con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Encontrar alivio para el dolor y otros síntomas• Administrar sus medicamentos• Comprender su enfermedad y el curso de esta• Identificar lo que es más importante para usted• Darle la atención adecuada en el momento adecuado• Hacer planes y tomar decisiones• Comunicarse con sus proveedores• Prepararse para las futuras etapas <p>Para inscribirse en este programa, hable con su socio en la atención. Si se adapta a sus necesidades, el socio en la atención le dará una remisión para el programa. No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por el programa Life Choices de Senior Care Options Program o un proveedor contratado.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado en un entorno de paciente externo en un hospital o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Encargado de atención personal (PCA) Prestación de atención dirigida por el consumidor. Un cuidador empleado por el miembro para brindar ayuda con las actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, alimentarse), como también con otras actividades realizadas bajo las indicaciones del miembro o representante, como ayuda con los medicamentos o con otras necesidades relacionadas con la salud. Nuestro plan cubre estos servicios a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.
<p>Empleada doméstica de atención personal Además de los servicios enumerados anteriormente en la sección de Empleada doméstica, incluye ayuda para bañarse, vestirse, lavarse o peinarse el cabello, cuidarse los pies (no incluye cortarse las uñas), cuidado de la dentadura, afeitarse, asearse, alimentarse, deambular y trasladarse. Nuestro plan cubre estos servicios a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista• Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.• Puede acceder a estos servicios mediante una visita en persona o telesalud. Si escoge recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud.• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si cumple con todo lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo.○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días.○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la próxima cita disponible.• Análisis de videos o imágenes que le envía a su médico• Las consultas que su médico tiene con colegas por teléfono, internet o registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo.• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros de autodiálisis en el hogar en un centro de diálisis basado en un hospital o en uno de acceso crítico basado en un hospital, centro de diálisis o el hogar del miembro• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Segunda opinión de otro proveedor de la red o fuera de la red para cualquier atención, incluso cirugía antes de recibir el servicio. Su PCP/equipo de atención lo ayudará a coordinar para recibir los servicios de una segunda opinión de un proveedor fuera de la red si el proveedor de la red no se encuentra disponible.• Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). Para obtener más información sobre servicios odontológicos, incluidos los requisitos de autorización previa, consulte la sección <i>Servicios odontológicos</i> que aparece más arriba en esta Tabla de beneficios. <p><i>No se requiere autorización previa para servicios proporcionados por un proveedor contratado, excepto para centros quirúrgicos ambulatorios certificados, para la atención odontológica que no sea de rutina y para servicios proporcionados por proveedores fuera de la red.</i></p>	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios conforme al beneficio de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos).• Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. <p>El plan también cubre la atención de podiatría, incluida la atención de rutina de los pies, que Medicare no cubre a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>No se requiere autorización previa para servicios proporcionados por un proveedor contratado, excepto para cirugía podiátrica y servicios de podiatría proporcionados en un hogar de convalecencia.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tacto rectal• Análisis del antígeno prostático específico (PSA) <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p> <p>El plan también cubre la atención de las prótesis que Medicare no cubre conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Para obtener una lista detallada, llame a su equipo de atención o a nuestro Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior de este documento.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de relevo</p> <p>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 y la demanda diaria de los cuidados del miembro para fortalecer y sustentar el sistema de apoyo informal. Estos servicios pueden brindarse en una emergencia o en una situación planificada durante un período específico. Nuestro plan cubre estos servicios a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>El plan cubre una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes, a través del beneficio de Medicare.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, a través del beneficio de Medicare usted puede obtener hasta 4 sesiones en persona breves de asesoramiento por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p> <p>El plan cubre los servicios adicionales a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los inscritos elegibles son personas de entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de al menos 30 años-paquete o que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para tales consultas y que es proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de una prueba de detección con LDCT inicial: el inscrito debe recibir una orden por escrito para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser realizada durante cualquier consulta adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar una consulta de asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisión compartida para pruebas posteriores de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisión compartida que cubre Medicare o para la LDCT.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección del virus de la hepatitis C (VHC) Cubrimos las pruebas de detección de VHC cuando lo solicita el proveedor de atención primaria en un contexto de atención primaria y lo realiza un proveedor elegible para estos servicios. El plan cubre las pruebas de detección del VHC para los adultos que cumplen con alguno de los requisitos que se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aquellos con alto riesgo de contraer una infección causada por el virus de la hepatitis C• Aquellos que no se encuentren en alto riesgo como se definió anteriormente, pero que hayan nacido entre 1945 y 1965, o que hayan tenido una transfusión de sangre antes de 1992 <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p> 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 2 sesiones personales de 20 a 30 minutos de alta intensidad de asesoramiento conductual por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un médico.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0. No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado o para diálisis proporcionada por un proveedor fuera de la red cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.</i></p> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte la sección <i>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</i>.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 11 de este documento, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”).</p> <p>Tiene cobertura para hasta 100 días de atención de enfermería especializada por cada período de beneficios. Para la atención a largo plazo, la estadía es ilimitada. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)• Comidas, incluidas dietas especiales• Servicios de enfermería especializada• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre)• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. El plan cubre las 3 primeras pintas de sangre total y concentrado de glóbulos rojos a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). La cobertura de Medicare de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. El plan cubre todos los otros componentes de la sangre desde la primera pinta de sangre utilizada a través del beneficio de Medicare.• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF• Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF• Servicios de médicos o profesionales <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros 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 para su atención cubierta por Medicare, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Si MassHealth (Medicaid) determina que usted tiene que pagar un monto pagado por el paciente (PPA) todos los meses por su cuidado asistencial, usted es responsable de realizar estos pagos a MassHealth (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> A través del beneficio de Medicare, el plan cubre dos tentativas de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> A través del beneficio de Medicare, el plan cubre los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>El plan también cubre 8 sesiones adicionales de asesoramiento para abandonar el hábito a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor contratado.</i></p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención diurna social y para la demencia</p> <p>Incluye la provisión de servicios de apoyo en un entorno grupal para ayudar a los miembros a recuperarse de una enfermedad grave o manejar una enfermedad crónica. Los servicios brindados incluyen planificación de la atención, servicios sociales, actividades terapéuticas, nutrición y transporte; los servicios se centran en las fortalezas y habilidades del miembro y, al mismo tiempo, mantienen la conexión con la comunidad. Nuestro plan cubre estos servicios a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos e incluir un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Estar a cargo del personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, que debe estar capacitado en terapia de ejercicios para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>Luego de las 36 sesiones durante 12 semanas, se pueden cubrir 36 sesiones adicionales de SET durante un período extendido si un proveedor de atención médica lo determina médicamente necesario.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Transporte (por motivos médicos) El plan cubre el transporte que usted necesite por motivos médicos que no sean de emergencia a los destinos aprobados. Nuestro plan cubre el transporte que no sea de emergencia a través del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p>	Usted paga \$0.
<p>Transporte (por motivos no médicos) Se proporcionan ocho viajes de ida o de vuelta por mes por motivos no médicos, como para la compra de alimentos. Se aplica un límite de millas. Este beneficio está cubierto por el plan con el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	Usted paga \$0.
<p>Servicios de urgencia Los servicios de urgencia son la atención brindada para tratar una enfermedad o lesión imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red se encuentran temporalmente no disponibles o son inaccesibles. Nuestro plan también cubre atención de urgencia y servicios de emergencia, incluso transporte de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios hasta un monto de mil dólares (\$1,000) por año calendario. Este es un beneficio complementario cubierto a través de nuestro plan. Para obtener más información sobre la atención de urgencia, consulte el Capítulo 3.</p> <p><i>No se requiere autorización previa. Debe informarle apenas pueda a su PCP/equipo de atención si recibió esa atención.</i></p>	Usted paga \$0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>El plan cubre servicios oftalmológicos adicionales que generalmente no están cubiertos a través del beneficio de Medicare y MassHealth. El plan paga hasta \$200 por año calendario para anteojos recetados sin autorización previa, que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lentes de contacto• Anteojos, incluso monturas y lentes comprados por separado o juntos• Actualizaciones de graduación <p>El plan cubre los siguientes servicios conforme al beneficio de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina para anteojos/lentes de contacto.• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, como las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas y los afroamericanos de 50 años o más: pruebas de detección de glaucoma una vez al año.• Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>El plan también cubre servicios oftalmológicos a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes de la vista de rutina	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por el plan, por Medicare y por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por sus anteojos, hasta \$200 por año calendario en virtud del beneficio del plan complementario sin autorización previa.</p> <p>El plan cubre los anteojos de más de \$200 con autorización previa de un proveedor contratado.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos, incluidos ciertos lentes, y lentes de contacto para miembros con determinadas afecciones. Los anteojos y otros dispositivos para aumentar la visión, incluidos los lentes de contacto, pueden entregarse solo con la receta por escrito y fechada de un médico. La receta se debe basar en los resultados de un examen oftalmológico realizado por la persona autorizada a dar recetas. La receta debe incluir toda la información necesaria para permitir que un profesional que suministra el servicio solicite la receta y el plan cubra el servicio a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). <p><i>No se requiere autorización previa para los anteojos recetados de hasta \$200. Se requiere autorización previa para los anteojos que superen el límite de \$200. Los servicios deben ser proporcionados por un proveedor contratado.</i></p> <p>Las monturas de diseño o los lentes de contacto que se utilizan con fines estéticos, como los lentes de color, no tienen cobertura.</p>	
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, indique que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

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

En esta sección se describen los tipos de servicios que están “excluidos”. El término “excluidos” significa que el plan no cubre estos servicios. En algunos casos, cubrimos los productos y servicios que están excluidos por Medicare con los beneficios de MassHealth (Medicaid) de nuestro plan. Para obtener más información sobre los beneficios de MassHealth (Medicaid), llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

La tabla detallada más abajo describe algunos servicios y productos que no cubre el plan en ninguna circunstancia, y otros que el plan cubre solo en determinadas condiciones específicas. La tabla también indica si el servicio o producto está cubierto por nuestro plan a través de MassHealth (Medicaid).

No pagaremos por los servicios médicos excluidos que se enumeran en la tabla a continuación excepto en las condiciones específicas indicadas. La única excepción: pagaremos si en una apelación respecto de un servicio de la tabla a continuación se determina que se trataba de un servicio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 8 de este documento).

Todas las exclusiones o limitaciones a los servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, conforme a las normas de Original Medicare.		<p style="text-align: center;">✓</p> No se cubren servicios que no se consideren razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos o estén cubiertos por el plan conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid) o se determine que son necesarios en función del plan de atención personalizado que se firmó.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
<p>Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Productos y procedimientos experimentales son aquellos que nuestro plan y Original Medicare determinan que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Podría estar cubierto por Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
<p>Habitación privada en un hospital</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierto solo cuando es necesario por razones médicas.</p>
<p>Objetos personales en su habitación de un hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor</p>	✓	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Es posible que esté cubierto por el plan conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid) solo cuando no hay otros modos de atención alternativos disponibles. Se requiere autorización previa.</p>
<p>* El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está cubierto por el plan con el beneficio de MassHealth (Medicaid). Se requiere autorización previa. (Para obtener más información sobre el cuidado asistencial, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>
<p>Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está cubierto por el plan con el beneficio de MassHealth (Medicaid). Se requiere autorización previa. (Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
Cargos que cobren sus familiares directos o integrantes de su familia por su atención		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por el plan a través del beneficio de MassHealth (Medicaid) y cuando tengan una aprobación por adelantado. Por ejemplo, si usted participa en el programa de encargado de atención personal (PCA) y su proveedor de atención primaria/equipo de atención autoriza a un miembro de la familia determinado a actuar como su PCA. (Para obtener más información sobre el cuidado asistencial, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>
Cirugía o procedimientos estéticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre para procedimientos de reconstrucción en casos de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de un miembro mal formado.</p> <p>Se cubre en todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.</p>
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La atención odontológica de rutina está cubierta por el plan conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid). Es posible que se requiera autorización previa. (Para obtener más información sobre la atención odontológica, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
Atención odontológica que no sea de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Es posible que se cubra la atención odontológica para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos. Es posible que se requiera autorización previa. (Para obtener más información sobre la atención odontológica, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La manipulación manual de la columna se cubre conforme al beneficio de Medicare. El plan cubre cuestiones orientadas a los problemas a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). (Para obtener más información sobre la atención quiropráctica, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>
Cuidado de rutina para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las directrices de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes. Los servicios adicionales están cubiertos por el plan con los beneficios de MassHealth (Medicaid). Es posible que se requiera autorización previa. (Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>
Comidas a domicilio		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>El plan cubre los servicios a través del beneficio de MassHealth (Medicaid). Se requiere autorización previa. (Para obtener más información sobre el envío de comidas a domicilio, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre si los zapatos ortopédicos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético. Artículos adicionales podrían estar cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid). Es posible que se requiera autorización previa. (Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>
Dispositivos de apoyo para pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético. Artículos adicionales podrían estar cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid). Es posible que se requiera autorización previa. (Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está cubierto por el plan con el beneficio de MassHealth (Medicaid). Es posible que se requiera autorización previa. (Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento de la vista y otros dispositivos de ayuda para baja visión		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas después de una cirugía de cataratas conforme al beneficio de Medicare. El plan cubre servicios adicionales, incluida la atención de rutina, conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid). Es posible que se requiera autorización previa. (Para obtener más información sobre atención de la vista y anteojos, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren solo si estos servicios o suministros están cubiertos conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid).</p>
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está cubierto por el plan con el beneficio de MassHealth (Medicaid). (Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).</p>
Servicios de un naturoterapeutas (emplean tratamientos naturales o alternativos)	✓	
Cigarrillos electrónicos	✓	
No se cubren los servicios de rutina que se realicen fuera del área de servicio.	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos en ninguna circunstancia	Solo se cubren en ciertas condiciones específicas
Servicios brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.		<p style="text-align: center;">✓</p> Los servicios de emergencia, incluso el transporte de emergencia, y la atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios están cubiertos por el plan hasta un monto de mil dólares (\$1,000) por año calendario. (Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).
Servicios que obtiene sin autorización previa, cuando esto sea un requisito. (La Tabla de beneficios mencionada anteriormente en este capítulo indica qué servicios requieren autorización previa).	✓	

* El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para los medicamentos con receta de
la Parte D*

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	126
Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D.....	126
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D.....	127
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	128
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red	128
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	128
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan	129
Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	130
Sección 2.5	Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan.....	130
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	132
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	132
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	133
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	134
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	134
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	134
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	135
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?	136
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera	136
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?.....	136
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	139
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año.....	139

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 6.2	¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?	140
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	142
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	142
SECCIÓN 8	Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta	143
Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro	143
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?	143
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	144
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?.....	144
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?.....	144
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?.....	145
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?.....	145
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	146
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad	146
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides.....	147
Sección 10.3	Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	147
SECCIÓN 11	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	148
Sección 11.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)	148
Sección 11.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos	149

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **en la Evidencia de cobertura hay información que no aplica para usted sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), que también se conoce como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.

Además de la cobertura para los medicamentos de la Parte D, Senior Care Options Program también cubre algunos medicamentos incluidos en los beneficios médicos del plan. Por lo general, a través de la cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre los medicamentos que le suministran durante las estadias cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en un consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios [lo que está cubierto]*) informa acerca de los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadia cubierta en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada, así como los beneficios y los costos de medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos podrían estar cubiertos por Senior Care Options Program si está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan también cubre servicios y medicamentos de la Parte A, B y D de Medicare que no estén relacionados con su diagnóstico terminal ni afecciones relacionadas. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de los servicios de hospicio, consulte la sección sobre hospicios del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios [lo que está cubierto]*).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

En la sección a continuación se discute acerca de la cobertura de sus medicamentos conforme a las normas del beneficio de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información acerca de la cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de MassHealth (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. Le enviaremos la Lista de medicamentos de MassHealth (Medicaid). Para obtener más información, llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). También puede visitar nuestro sitio web www.CommonwealthCareSCO.org para averiguar qué medicamentos están cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D
--------------------	--

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe solicitar que un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada) emita sus recetas.
- La persona autorizada a dar recetas debe aceptar Medicare o presentar la documentación ante CMS para demostrar que reúne los requisitos para emitir recetas o se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que llame o lo visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. De lo contrario, tenga en cuenta que toma tiempo para que la persona autorizada a dar recetas presente la documentación necesaria para que sea procesada.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos las recetas que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red
--

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de farmacias, visitar nuestro sitio web (www.CommonwealthCareSCO.org) o llamar al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si estaba usando una farmacia de la red pero ha cambiado, y tiene que volver a obtener un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.CommonwealthCareSCO.org.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para terapia de infusión intravenosa en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si se encuentra en un

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

centro LTC, debemos asegurar que pueda recibir con regularidad sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC, que generalmente es la farmacia que utiliza el centro LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en cualquier centro LTC, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros.

- Farmacias que brindan servicios al Programa de Salud para la Población India Estadounidense Urbana o Tribal del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

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

El servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar un suministro para **90 días como máximo**.

Para recibir información sobre cómo puede obtener sus medicamentos con receta por correo, puede elegir una de las dos siguientes opciones:

1. Llamar a nuestro Servicio para los Miembros al número impreso en la portada posterior.
2. Visitar nuestro sitio web www.CommonwealthCareSCO.org y ver las “Opciones de pedido por correo”.
3. Hablar con su proveedor de atención primaria o equipo de atención.

Por lo general, el pedido de recetas hecho a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Si por cualquier motivo su pedido por correo se demora, llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). Lo ayudaremos a obtener los medicamentos con receta que necesita.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de detener o postergar el pedido

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

antes de que se le facture y envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarle qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Resurtidos de recetas de pedidos por correo. Para resurtidos, póngase en contacto con su farmacia con 14 a 21 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán para asegurarse de que el próximo pedido se envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted a fin de confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Llame a su farmacia para confirmar su información de contacto.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo también conocido como “suministro extendido” de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada). Puede solicitar este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acercarse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio para los Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).
2. Usted puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar un suministro para 90 días como máximo. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, o si pierde o se queda sin medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red. Antes de obtener medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red, llame al número gratuito del Servicio para los Miembros impreso en la portada posterior de este documento para consultar si en el lugar donde usted se encuentra de viaje hay alguna farmacia de la red disponible. Si no hubiera farmacias de la red en esa área, el Servicio para los Miembros podría realizar las gestiones necesarias para que pueda obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. De lo contrario, es posible que deba pagar el costo total cuando obtenga su medicamento con receta. Puede presentarnos una reclamación para solicitarnos que le reembolsemos el costo. Para saber cómo presentar una reclamación por escrito, consulte el proceso correspondiente que se describe en el Capítulo 6. No podemos pagar ningún medicamento con receta que se obtenga en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, incluso si se trata de una emergencia médica.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan durante las 24 horas (dentro de una distancia razonable en auto).
- Si intenta obtener un medicamento con receta cubierto que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista de la red o en nuestra farmacia de pedidos por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos de una especialidad farmacéutica).
- Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado

En estos casos, cubriremos un suministro para 31 días de los medicamentos con receta cubiertos que se obtengan en una farmacia fuera de la red.

En estos casos, **primero consulte con el Servicio para los Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo de lo que hubiéramos cubierto en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo obtenga. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo que nos correspondía. (En la Sección 2.1 del Capítulo 6, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

El plan cuenta con una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, la denominamos la “**Lista de medicamentos**” para abreviarla.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de MassHealth (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. Le enviaremos la Lista de medicamentos de venta libre (OTC) de MassHealth (Medicaid). Para obtener más información, llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). También puede visitar nuestro sitio web www.CommonwealthCareSCO.org para averiguar qué medicamentos están cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras 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 *ya sea que*:

- Esté aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- *O bien* esté avalado por ciertas referencias, como libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX, USPDI o su sucesor y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en nuestra lista un medicamento en particular.
- Los medicamentos cubiertos por MassHealth (Medicaid) no están incluidos en la Lista de medicamentos (Formulario) de Medicare. Le enviaremos la Lista de medicamentos de venta libre (OTC) de MassHealth (Medicaid). Para obtener más información, llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). También puede visitar el sitio web del plan (www.CommonwealthCareSCO.org) para averiguar qué medicamentos están cubiertos por MassHealth (Medicaid).

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

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta: La Lista de medicamentos que enviamos incluye información de los medicamentos cubiertos más comúnmente utilizados por nuestros miembros. No obstante, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos impresa. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Servicio para los Miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Consulte el sitio web del plan (www.CommonwealthCareSCO.org). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio para los Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y los costos compartidos de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 8).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la dosis, la cantidad o la forma farmacéutica del medicamento recetado por su proveedor de salud (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restringir medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero es normalmente más económico. **Cuando esté disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

versión genérica disponible. No obstante, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico ni el medicamento cubierto que trata su afección, entonces sí cubriremos el medicamento de marca.

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A es más barato, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Límites de cantidad

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

Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono) o visite nuestro sitio web (www.CommonwealthCareSCO.org).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.

Si hay una restricción sobre el medicamento que usted quiere tomar, comuníquese con el Servicio para los Miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 8).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera
--

Esperamos que la cobertura de medicamentos sea útil para usted. Es posible que esté tomando un medicamento con receta, o haya un medicamento que usted y su proveedor consideren que debería tomar, que no se encuentre en nuestro formulario o esté presente con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.

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

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

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí se incluye lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Le dará a usted y a su

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar la solicitud para que se le cubra el medicamento.

- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene algún tipo de restricción. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

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

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- El medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para los miembros nuevos o aquellos que estuvieron en el plan el año pasado y no están en un centro de atención a largo plazo (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted fuera un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos resurtir varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red.

- **Para los miembros nuevos o aquellos que estuvieron en el plan el año pasado y que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** El suministro total será para un suministro máximo para 98 días según el incremento de provisión. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces el medicamento hasta llegar a un máximo de un suministro para 98 días del medicamento. (Tenga en cuenta

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro de transición para atención a largo plazo.

- **Para las personas que tienen una transición en el nivel de la atención:**

Para los inscritos actuales con cambios en el nivel de atención, proporcionaremos un suministro de emergencia para 31 días como mínimo (excepto que su receta esté indicada para menos días) para todos los medicamentos que no se encuentran en el Formulario, incluidos aquellos que pueden tener requisitos de autorización previa o tratamiento escalonado. Una transición no planificada en el nivel de atención podría ser cualquiera de los siguientes casos:

- el alta o la admisión en un centro de atención a largo plazo,
- el alta o la admisión en un hospital, o
- un cambio en el nivel de centro de atención de enfermería especializada.

Para pedir un suministro temporal, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior del documento).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio para los Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Los miembros actuales pueden solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 le dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año
--------------------	--

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría realizar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos que ahora están disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno da su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura para un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de medicamentos del plan.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?****Información sobre modificaciones en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realizan modificaciones a la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichas modificaciones. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir las modificaciones que se realizaron desde la última actualización. A continuación, indicamos los momentos en los que usted recibirá un aviso directo si se realizan modificaciones a un medicamento que usted está tomando. También puede llamar al Servicio para los Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Modificaciones que lo afectarán este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año en curso:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido, agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas)**
 - Podríamos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazaremos por un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido, o uno inferior, y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agreguemos un medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en la Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente, agregar restricciones nuevas o ambas.
 - Podríamos no avisarle con anticipación antes de realizar la modificación, incluso si actualmente toma el medicamento de marca.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
 - Si toma el medicamento de marca en el momento en que realizamos la modificación, le brindaremos información sobre la modificación específica que realizamos. También incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Podría no recibir este aviso antes de que realicemos la modificación.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, algún medicamento puede ser retirado del mercado repentinamente porque se descubre que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, le informaremos esta modificación de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otras modificaciones a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Una vez comenzado el año, podríamos hacer otras modificaciones que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas. También podríamos realizar modificaciones según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos brindarle un aviso con al menos 30 días de anticipación o entregarle un suministro para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 30 días, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiarse a un medicamento diferente que cubramos.
 - Usted o la autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Modificaciones a los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: para modificaciones a la Lista de medicamentos que no se describen arriba, si usted toma actualmente el medicamento, los siguientes tipos de modificaciones no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estas modificaciones le sucede a un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace a un medicamento de marca u otra modificación indicada en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre las

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

modificaciones que no lo afecten. No obstante, el 1 de enero del próximo año, las modificaciones lo afectarán y es importante que consulte la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para conocer las modificaciones en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que están “excluidos”. Esto significa que ni Medicare ni MassHealth (Medicaid) pagan estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 5 del Capítulo 8 de este documento). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por MassHealth (Medicaid), deberá pagarlo usted mismo.

A continuación, se incluyen tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA).
 - En general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por determinados materiales de referencia, como libros de referencia. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por Medicare o MassHealth (Medicaid):

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro
--------------------	--------------------------------------

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan su medicamento con receta cubierto.

Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?
--------------------	---

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de resurtir su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Después puede pedir que le reembolsemos el costo que nos correspondía. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?**

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos.

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un suministro máximo para 98 días, o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si ha estado inscrito en el plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción respecto de la cobertura para el medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 le dice qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por la organización de hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere de un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle al proveedor de su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan cubrirá todos sus medicamentos. Consulte las partes anteriores de esta sección que enumeran las normas para obtener cobertura para medicamentos en virtud de la Parte D. Este capítulo brinda más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides**

Contamos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que frecuentemente se usan de manera indebida. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de estos medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podríamos limitar la forma en que obtiene dichos medicamentos. Los límites podrían ser los siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o benzodiazepinas en una determinada farmacia.
- Requerirle que obtenga todas las recetas para medicamentos opioides o benzodiazepinas de un determinado médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.
- Recetar equipo médico duradero (DME) para brindar la administración de los medicamentos a través de un pastillero.

Si creemos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a su caso, le enviaremos una carta con anticipación. La carta contendrá información que explique las limitaciones que se aplicarán en su caso. También tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y de comunicarnos cualquier otra información que considere que es importante que sepamos. Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que está en riesgo de hacer un mal uso de los medicamentos con receta, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si elige presentar una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si continuamos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una entidad de revisión independiente no relacionada con nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 8.

El DMP podría no aplicarse a su caso si usted tiene determinadas afecciones médicas, tales como cáncer, o recibe atención de hospicio o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa ayuda a asegurar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Algunos miembros que toman varios medicamentos y que además tienen afecciones médicas específicas y costos de medicamentos elevados podrían obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar acerca de la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus recetas y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los toma.

Es una buena idea realizar una revisión de medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, junto a su identificación) por si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con el Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que 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 hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto han pagado usted u otras personas en su nombre. A este se le denomina costo “**que paga de su bolsillo**”. Con Senior Care Options Program, no tiene que pagar nada por sus medicamentos con receta, siempre y cuando cumpla con las normas que aparecen en este capítulo.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Llevamos un registro de sus “**costos totales de medicamentos**”. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan. Los miembros de Senior Care Options Program pagan \$0 de costos por los medicamentos cubiertos.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a lo largo del plan durante el mes anterior. Esto incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

Sección 11.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos
---------------------	---

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada, siempre y cuando:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que se están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta. Los miembros de Senior Care Options Program pagan \$0 de costos por los medicamentos cubiertos.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para hacer el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague el medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 6 de este documento). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a reunir los requisitos para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia de Medicamentos, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D), revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre sus gastos en medicamentos.

CAPÍTULO 6

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

Capítulo 6. Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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 pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	153
Sección 1.1	Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso	153
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	155
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	155
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....	157
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento	157
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación	157
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	158
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo	158

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 pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso**

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Usted no debe recibir ninguna factura por concepto de servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirnos que le devolvamos el dinero (la acción de devolver el dinero generalmente se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirnos que le devolvamos el dinero (la acción de devolver el dinero generalmente se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.

Capítulo 6. Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
- Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos el monto.

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

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

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el 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 efectuado. Debe pedirnos que le reembolsemos el costo de sus servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso. Para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y los plazos para realizar la solicitud, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

Capítulo 6. Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe tener cobertura, pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 8 de este documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíe al Servicio para los Miembros su solicitud de pago por escrito junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado dentro de los 12 meses de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de habernos brindado toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para realizar una solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario específico, pero nos ayudará a procesar más rápido la información. La solicitud debe presentarse por escrito y estar firmada por usted, un representante autorizado o una persona autorizada a emitir recetas.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web www.CommonwealthCareSCO.org o llame al Servicio para los Miembros y solicite el formulario. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).

Capítulo 6. Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Use el formulario para solicitarnos que le reembolsemos sus gastos de artículos y medicamentos de venta libre (OTC).

Envíe su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo al Servicio para los Miembros a esta dirección:

Commonwealth Care Alliance
Attention: Member Services Department
30 Winter Street
Boston, MA 02108
O por fax al Servicio para los Miembros: (617) 426-1311

Debe presentar su factura o recibo ante el Servicio para los Miembros dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Reembolso de medicamentos con receta (Parte D)

El reembolso de medicamentos con receta difiere del reembolso de servicios médicos. CCA trabaja junto a su administrador de beneficios de farmacia (PBM), Navitus Health Solutions, para brindar reembolsos de medicamentos con receta de la Parte D.

Para presentar una reclamación para el reembolso de medicamentos, complete el formulario de Navitus, que se encuentra en el sitio web del Programa de Farmacias de CCA en la sección “Reimbursement” (Reembolso), y siga los pasos indicados en el documento.

Los formularios pueden enviarse por correo o fax a Navitus Health Solutions, a la siguiente información de contacto:

Navitus Health Solutions, LLC
P.O. Box 999
Appleton, WI 54912-0999
Fax: 920-735-5315
Número gratuito: 855-668-8550

Debe presentarnos la reclamación dentro de los (12) meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Si recibe facturas y no sabe qué tiene que hacer con ellas, podemos ayudar. También puede llamar al Servicio para los Miembros si desea brindar más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Capítulo 6. Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no****Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento**

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o bien, si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos el medicamento o la atención. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explica las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

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

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 8. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la sección del Capítulo 8 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 8.
- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 8.

Capítulo 6. Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

A continuación se presenta un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo para reunir los requisitos para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente los requisitos para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

CAPÍTULO 7

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	161
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).....	161
Sección 1.2	Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento	161
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	162
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	162
Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	172
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	173
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	175
Sección 1.8	Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros	176
Sección 1.9	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?.....	176
Sección 1.10	Cómo obtener más información sobre sus derechos	177
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	177
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	177

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

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan inglés. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español o hablar con alguien sobre esta información en otro idioma de manera gratuita. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).

Si tiene dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un reclamo ante nuestro Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). Puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486- 2048) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o con este correo se incluye información de contacto, o puede comunicarse con nuestro Servicio para los Miembros para obtener información adicional.

Sección 1.2	Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento
--------------------	---

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por cuestiones de afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro mental), estado civil, edad, sexo (incluidas la estereotipación sexual y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo o asistencia pública de ninguna persona.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio para los Miembros puede ayudarlo.

Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 da una explicación más amplia). Llame al Servicio para los Miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). No le pedimos que obtenga una remisión para poder visitar a los proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Todas las consultas de atención de urgencia o sintomáticas en el consultorio o en el hogar están disponibles en un plazo de 48 horas. Todas las consultas en el consultorio asintomáticas están disponibles en un plazo de 30 días calendario.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la Sección 11 del Capítulo 8 de este documento le explica lo que puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 8 le explica lo que puede hacer).

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 la información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Aviso sobre prácticas de privacidad”, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: 14 de agosto de 2020

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LÉALO DETENIDAMENTE

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

COMMONWEALTH CARE ALLIANCE TIENE LA OBLIGACIÓN LEGAL DE PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Nuestro compromiso es proteger su información médica. Esta información médica puede referirse a la atención médica que se le brinda o al pago por esta atención médica.

Las leyes nos exigen que le brindemos este Aviso sobre prácticas de privacidad que explica nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad respecto de la información médica. Solo podemos usar y divulgar la información médica del modo en que se describe en este Aviso.

Nos reservamos el derecho a realizar cambios y a poner en vigencia el nuevo Aviso para toda la información médica que conservamos. Si realizamos un cambio relevante en este Aviso, las copias del Aviso actualizado estarán disponibles si las solicita y en nuestro sitio web, antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio relevante, y le enviaremos el Aviso actualizado o la información sobre el cambio relevante y sobre cómo obtener el Aviso revisado en la próxima correspondencia anual.

El resto de este Aviso tiene los siguientes propósitos:

- Describir cómo podemos usar y divulgar su información médica, incluida la información de salud conductual.
- Explicar sus derechos respecto de su información médica, incluida la información de salud conductual.
- Describir cómo y dónde puede presentar una queja sobre la privacidad de su información.

Si tiene preguntas sobre la información que aparece en este Aviso, póngase en contacto con nosotros:

Commonwealth Care Alliance
Attention: Privacy and Security Officer
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Número gratuito: 1-866-610-2273
TTY: 711

SECCIÓN 1**Usos y divulgaciones de su información médica sin su autorización previa**

En esta sección de nuestro Aviso se explica cómo podemos usar y divulgar su información médica, incluida la de salud conductual, sin su autorización a los fines de brindar atención

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

médica, obtener el pago por esa atención médica y realizar nuestras actividades comerciales de manera eficiente. En esta sección también se mencionan otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar su información médica. Para obtener más información sobre estos usos o estas divulgaciones, o sobre cualquiera de nuestras políticas, procedimientos o prácticas de privacidad, póngase en contacto con nuestro funcionario de seguridad y privacidad al 1-866-610-2273.

El modelo de atención de Commonwealth Care Alliance exige trabajar junto con médicos y otros proveedores de salud (incluidos profesionales de salud conductual y mental, y coordinadores de apoyos a largo plazo) para brindarles servicios médicos a los miembros de Commonwealth Care Alliance. El personal profesional, así como los médicos y otros proveedores de salud de Commonwealth Care Alliance (denominados “equipo de atención”) tienen acceso a su registro centralizado de inscrito (donde se almacena y conserva su información médica) y comparten entre ellos la información de salud protegida (PHI), incluida la información de salud conductual, según sea necesario, para realizar el tratamiento, efectuar los pagos y llevar a cabo las actividades de atención médica, conforme a lo permitido por las leyes.

Para el tratamiento: Podemos usar y divulgar información médica, incluida la de salud conductual, para brindar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto puede incluir comunicarnos con otros proveedores de atención médica sobre su tratamiento, y coordinar y administrar su atención médica con otros profesionales.

Ejemplo: usted recibe el alta de un hospital. Nuestro profesional en enfermería puede divulgar su información médica, incluida la información de salud conductual, a una agencia de atención de la salud a domicilio para garantizar que usted reciba los servicios que necesita después del alta del hospital.

Para el pago: Podríamos usar o divulgar su información médica, incluida la de salud conductual, a fin de obtener el pago de los servicios de atención médica que recibió.

Ejemplo: su médico puede enviarnos una reclamación por los servicios de atención médica. La reclamación puede contener información que lo identifique, su diagnóstico y el tratamiento o los suministros que recibió. Podemos usar la información médica, incluida la información de salud conductual, para procesar la reclamación del pago y podemos divulgar la información médica, incluida la de salud conductual, a Medicare o Medicaid cuando procuremos el pago de los servicios que recibió.

Excepción: usted puede limitar la divulgación de información médica que se refiere a un tratamiento que usted pagó de su bolsillo y por el cual Commonwealth Care Alliance no pagó nada.

Para las actividades de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica, incluida la de salud conductual, para realizar diferentes actividades comerciales que nos

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

permitan administrar los beneficios a los cuales tiene derecho conforme al plan de salud que tiene con nosotros. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica, incluida la información de salud conductual, para realizar las siguientes actividades:

- Revisar y evaluar las habilidades, la formación y experiencia, y el desempeño de los proveedores de atención médica que lo atienden.
- Revisar y mejorar la calidad, la eficiencia y el costo de la atención que Commonwealth Care Alliance les brinda a usted y a los demás miembros.
- Cooperar con otras organizaciones que evalúan la calidad de la atención de terceros, incluidas agencias gubernamentales y organizaciones privadas.
- Enviar por correo información médica a la dirección que nos brindó.

Ejemplo: podemos usar su información de salud para controlar su tratamiento, desarrollar mejores servicios para usted o controlar la calidad de la atención y realizar mejoras, cuando sea necesario.

En virtud de requisitos legales:

- Usaremos y divulgaremos su información médica, incluidos los registros de salud conductual y de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, cuando así nos lo exija la ley. Por ejemplo, las leyes de Massachusetts nos exigen informar sobre sospechas de abuso a personas mayores. Cumpliremos con todas las leyes estatales y otras leyes aplicables respecto de estas divulgaciones.
- La ley nos exige que le notifiquemos si una violación a la privacidad o seguridad afecta su información de salud protegida.
- Prohibido por ley: Commonwealth Care Alliance no participa en actividades de aseguramiento; sin embargo, si lo hiciéramos, tendríamos prohibido por ley usar su información genética con fines de aseguramiento.

Usos y divulgaciones para el gobierno federal: Cuando la ley lo permita, podremos usar o divulgar su información médica, incluidos los registros de salud conductual y de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, sin su autorización para que el gobierno federal realice varias actividades.

- **Amenaza a la salud o a la seguridad:** Podremos usar o divulgar su información médica si creemos que es necesario para evitar o atenuar una amenaza grave a la salud o a la seguridad. Por ejemplo, podremos usar o divulgar su información médica para ayudar a retirar un producto del mercado o para informar reacciones adversas a los medicamentos.
- **Actividades relacionadas con la salud pública:** Podremos usar o divulgar su información médica, incluida la información anonimizada de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, para llevar a cabo actividades relacionadas con la salud pública. Las actividades relacionadas con la salud pública precisan del uso de información médica, incluida la información anonimizada de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, por varios motivos, que incluyen, entre otras, las actividades relacionadas con

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

la investigación de enfermedades, las denuncias de negligencia y abuso infantil, el control de medicamentos o dispositivos regulados por la Administración de Medicamentos y Alimentos, y el control de enfermedades o lesiones laborales. Por ejemplo, si ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa, podemos informarlo al Estado y tomar otras medidas para evitar la propagación de la enfermedad.

- **Abuso, negligencia o violencia doméstica:** Podremos divulgar su información médica a una autoridad gubernamental si usted es un adulto y creemos que podría ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Actividades de supervisión de la salud:** Podremos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud, es decir, a una agencia responsable de supervisar el sistema de atención médica o ciertos programas del gobierno.
- **Acciones judiciales:** Podremos divulgar su información médica, de salud conductual y de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias en respuesta a una orden judicial o a una citación. La información médica también puede divulgarse en respuesta a una citación.
- **Cumplimiento de la ley:** Podremos divulgar su información médica a un funcionario de cumplimiento de la ley con fines específicos de cumplimiento de la ley. Por ejemplo, podremos divulgar su información médica limitada a la policía si es necesaria para ayudar a encontrar o identificar a una persona perdida.
- **Médicos forenses y otros profesionales:** Podremos divulgar su información médica a un médico forense, examinador médico o director de una funeraria, o bien a organizaciones que contribuyan con el trasplante de órganos, ojos y tejidos.
- **Compensación laboral:** Podremos divulgar su información médica para cumplir con las leyes de compensación laboral.
- **Organizaciones de investigación:** Podremos usar o divulgar su información médica, incluidos los registros de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, a organizaciones de investigación si estas han cumplido con ciertas condiciones para proteger la privacidad de dicha información.
- **Ciertas actividades gubernamentales:** Podremos usar o divulgar su información médica para llevar a cabo ciertas actividades gubernamentales, incluidas, entre otras, las actividades militares y de veteranos, y las actividades de seguridad nacional e inteligencia.

Personas involucradas en su atención: Podremos divulgar su información médica a un familiar, amigo cercano o a cualquier otra persona que usted identifique como participante en su atención, y si la información es importante para su atención.

Podremos usar o divulgar su atención médica a un familiar u otra persona que participe en su atención, o posiblemente a una organización socorrista (como la Cruz Roja) en una emergencia si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o afección.

Usted puede pedirnos en cualquier momento que no divulguemos su información médica a las personas que participan en su atención. Aceptaremos su solicitud y no divulgaremos la información, salvo en ciertas circunstancias limitadas como emergencias.

Ejemplo: compartiremos su información médica con su cónyuge si así usted nos lo solicita.

Sistema de información de inmunización de Massachusetts

Las vacunaciones recibidas durante su consulta se informan al sistema de información de inmunización de Massachusetts (MIIS) si se nos exige por ley. El MIIS es un sistema estatal para llevar un registro de las vacunaciones y está a cargo del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH). Si no quiere que sus registros del 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 2

Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización previa

Autorizaciones:

En otras circunstancias, además de las que se describen arriba, no usaremos ni divulgaremos su información médica ni de salud conductual sin su autorización (o permiso firmado) o la de su representante personal. Los registros de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias (SUD) podrán utilizarse y divulgarse con fines de tratamiento, pago u actividades de atención médica con autorización por escrito suya o de su representante personal. La autorización para usar y divulgar los registros de tratamiento del SUD solo se necesita *una vez* y eso autorizará todos los usos o las divulgaciones futuros con fines de tratamiento, pago u actividades de atención médica hasta el momento en el que el paciente revoque por escrito dicho consentimiento. En algunas situaciones, es posible que deseemos usar o divulgar su información médica, de salud conductual o de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias; para ello, nos pondremos en contacto con usted para solicitarle que firme un formulario de autorización. En otras situaciones, puede ponerse en contacto con nosotros para divulgar registros de salud conductual y de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, y le pediremos que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito para solicitarnos que divulguemos su información médica, de salud conductual o de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias a un tercero, puede revocar (o cancelar) su autorización más adelante. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito. Si revoca su autorización, seguiremos sus instrucciones, salvo en la medida en que

ya hayamos divulgado su información médica conforme a su autorización, o si se nos exige por ley.

- **Uso o divulgación con fines de comercialización:** Podemos usar o divulgar su información médica con fines de comercialización si contamos con su aprobación y autorización explícitas.
- **Venta de su información de salud protegida:** Commonwealth Care Alliance no vende su información de salud. Si lo hiciéramos, solo podríamos vender su información a un tercero si contamos con su autorización.
- **Comunicaciones de comercialización pagadas por terceros:** Solo le enviaremos comunicaciones en nombre de un tercero con el fin de promocionar productos o servicios si contamos con su autorización.
- **Uso y divulgación de las notas de psicoterapia:** Solo podemos usar o divulgar las notas de psicoterapia si contamos con su autorización previa o si así nos lo exigiera la ley.

SECCIÓN 3

Sus derechos respecto de su información médica

Usted tiene ciertos derechos en cuanto a su información médica.

Derecho a elegir a alguien que tome decisiones por usted: Si le ha entregado a alguien un poder de representación médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones respecto de su información médica. Antes de tomar alguna medida, verificamos que esta persona tenga esta autoridad y que pueda actuar en su nombre.

Derecho a obtener una copia de este Aviso: Tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si acordó recibirlo en formato electrónico. Si desea recibir una copia de nuestro Aviso, llame al 1-866-610-2273.

Derecho a acceder a su información para inspeccionarla y hacer copias: Tiene derecho a inspeccionar (consultar o revisar) y recibir una copia o un resumen de su información médica que Commonwealth Care Alliance conserve. Si mantenemos sus registros médicos en un sistema de registro de salud electrónico, podrá obtener una copia de sus registros médicos en formato electrónico. También puede solicitarnos por escrito que le enviemos una copia de sus registros médicos en formato electrónico a un tercero. Si desea inspeccionar o recibir una copia en papel o formato electrónico de su información médica, debe presentar su solicitud por escrito.

Podremos rechazar su solicitud en ciertas circunstancias. Si rechazamos su solicitud, le explicaremos por escrito el motivo de nuestra decisión. Le informaremos por escrito si tiene derecho a que otra persona revise la decisión.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Si desea obtener una copia de su información médica, podremos cobrarle un cargo para cubrir los costos de la copia. Los cargos para las copias en formato electrónico se limitarán a los costos directos de la tarea para satisfacer su solicitud.

Derecho a modificar su información médica: Si cree que tenemos información médica errónea o incompleta, tiene derecho a solicitar una modificación, corrección o adición de su información médica que Commonwealth Care Alliance conserve. Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir una explicación.

Podemos rechazar su solicitud de modificar, corregir o complementar su información médica en ciertas circunstancias. Si rechazamos su solicitud, le explicaremos por escrito el motivo de nuestra decisión en un plazo de sesenta (60) días. Puede enviarnos una declaración de desacuerdo. En todas las divulgaciones futuras, incluiremos un resumen preciso de la solicitud y nuestro rechazo.

Derecho a obtener una explicación detallada de las divulgaciones que hemos hecho

Tiene derecho a recibir una explicación detallada (es decir, una lista detallada) de las divulgaciones que hayamos hecho con una antigüedad de seis (6) años, y que no se refieran al tratamiento, el pago y las actividades de atención médica. Si la información se guarda en un registro de salud electrónico, la explicación detallada incluye los tres (3) años anteriores. Brindaremos una explicación detallada por año de manera gratuita, pero podemos cobrar un cargo razonable según el costo si solicita otra dentro de un período de 12 meses. En el caso de las divulgaciones de registros de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias en las que los pacientes hayan dado su consentimiento para divulgar su información médica que los identifica como pacientes con una designación general, si se solicita, los pacientes deberán recibir una lista de entidades a las que se les haya divulgado su información por la designación general. La explicación detallada de las divulgaciones de registros de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias se limita a las divulgaciones hechas durante los últimos 2 años. Todas las solicitudes de explicación detallada se deben hacer por escrito.

Derecho a solicitar restricciones de usos y divulgaciones

Tiene derecho a solicitar que limitemos el uso y la divulgación de su información médica, de salud conductual y de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias con fines de tratamiento, pago y actividades de atención médica, pero Commonwealth Care Alliance puede rechazar la restricción. Conforme a las leyes federales, Commonwealth Care Alliance debe aceptar su solicitud de restringir las divulgaciones de información médica en los siguientes casos:

- Las divulgaciones son con fines de pago o actividades de atención médica y no son obligatorias por ley.
- La información médica corresponde únicamente a artículos o servicios de atención médica que usted o alguien en su nombre (diferente de Commonwealth Care Alliance) hayan pagado por completo.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Si aceptamos su solicitud, debemos respetar las restricciones que solicitó, salvo que la información sea necesaria para realizar un tratamiento de emergencia. Puede cancelar las restricciones en cualquier momento. Para ello, envíenos una solicitud por escrito. Además, podemos cancelar una restricción en cualquier momento siempre que le notifiquemos sobre la cancelación y continuemos aplicando la restricción a la información recopilada antes de la cancelación.

Derecho a no recibir comunicaciones de recaudación de fondos

Tiene derecho a solicitar que nosotros o nuestros agentes autorizados no nos comuniquemos con usted respecto de actividades de recaudación de fondos.

Derecho a solicitar un método de contacto alternativo

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en un lugar diferente o de un modo distinto. Por ejemplo, puede preferir que toda la información por escrito se le envíe por correo a la dirección laboral, en lugar de a su dirección particular.

Aceptaremos toda solicitud razonable de métodos alternativos de contacto. Si desea solicitar un método de contacto alternativo, debe hacerlo por escrito.

SECCIÓN 4**Puede presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad**

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante Commonwealth Care Alliance o bien ante el gobierno federal.

Commonwealth Care Alliance no tomará ninguna represalia contra usted ni modificará su tratamiento de ningún modo si presenta una queja.

Para presentar una queja por escrito ante Commonwealth Care Alliance o para solicitar más información, póngase en contacto con nosotros:

Commonwealth Care Alliance

Attention: Information Privacy and Security Officer

30 Winter Street

Boston, MA 02108

Número gratuito: 1-866-610-2273

TTY: 711

Para presentar una queja por escrito ante el gobierno federal, use la siguiente información de contacto:

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

U.S. Department of Health and Human Services Office for
Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Número gratuito: (800) 368-1019
Número TDD gratuito: (800) 537-7697

Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Senior Care Options Program, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del inglés y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores o las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) o visitar nuestro sitio web en www.CommonwealthCareSCO.org.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este documento, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este documento, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 8 de este documento. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 8 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
 - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 6 de este documento.

Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no.”** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 8 de este documento indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados “**testamento vital**” y “**poder de representación para las decisiones de atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Si desea utilizar una “instrucción anticipada”, para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Es recomendable que también les entregue copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado uno, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas, y considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones incluidas en ese documento, puede presentar una queja ante la Unidad de Quejas de la División de la Calidad de la Atención Médica del Departamento de Salud Pública de Massachusetts al 1-800-462-5540. Para presentar una queja contra un médico en particular, llame al Consejo de Matriculación Médica al 781-876-8200.

Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 8 de este documento le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted puede presentar una apelación interna directamente a nuestro plan. El Capítulo 8 de este documento le indica qué hacer para realizar una apelación directamente con el plan. También puede presentar una apelación interna a través de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, que enviarán la apelación a nuestro plan. Consulte el Capítulo 2 de este documento para obtener detalles acerca de cómo contactar a la Administración del Seguro Social y a la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior 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 llamar al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.9	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?
--------------------	--

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al Servicio para los Miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar al Servicio para los Miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare) en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este documento sobre la Evidencia de cobertura aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y lo que paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan los detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame al Servicio para los Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

- Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid) para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcioneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Senior Care Options Program, MassHealth (Medicaid) paga las primas de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y las primas de la Parte B. Si MassHealth (Medicaid) no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 8 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
 - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
 - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio para los Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar al Servicio para los Miembros están impresos en la portada posterior de este documento.
 - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 8

*Qué hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	184
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja.....	184
Sección 1.2	Acerca de los términos legales	184
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	185
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	185
SECTION 3	Comprenda las quejas y las apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan	186
PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS		186
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones	186
Sección 4.1	¿Debería usted usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una queja?	186
SECCIÓN 5	Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	187
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	187
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación.....	189
Sección 5.3	¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación? ...	190
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	190
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención	191
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo pedir a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea).....	192
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	196
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2.....	200
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que paguemos una factura que ha recibido por concepto de atención médica?	205

SECCIÓN 7	Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	207
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.....	208
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	210
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones	211
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	212
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	215
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	219
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	221
Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos	221
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	223
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	226
Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?227	
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	230
Sección 9.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).....</i>	<i>230</i>
Sección 9.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura	231
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	232
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	234
Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?236	
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	239
Sección 10.1	Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos	239

Sección 10.2	Apelaciones adicionales a MassHealth (Medicaid).....	240
Sección 10.3	Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones por solicitudes de medicamentos de la Parte D.....	241
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	242
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?	242
Sección 11.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.	244
Sección 11.3	Paso a paso: Presentación de una queja.....	245
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la organización para la mejora de la calidad	246
Sección 11.5	También puede informarle a Medicare y MassHealth (Medicaid) acerca de su queja	246
Sección 11.6	Quejas sobre la igualdad de la atención de salud mental	246
PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE <u>MASSHEALTH (MEDICAID)</u>.....		247
SECCIÓN 12	Cómo manejar problemas sobre sus beneficios de <u>MassHealth (Medicaid)</u>.....	247
SECCIÓN 13	Cómo informar fraude, uso indebido y abuso	249

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja
--

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utiliza para manejar su problema depende del

tipo de problema que tiene:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar **el proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar **el proceso para presentación de quejas**.

Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales
--

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En Massachusetts, el SHIP se llama SHINE (en inglés significa Serving the Health Information Needs of Everyone [servicio para la atención de necesidades de información de salud de todos]). En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

Puede obtener ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con MassHealth (Medicaid). A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de MassHealth (Medicaid):

- Puede llamar al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 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).
- También puede obtener ayuda de My Ombudsman llamando al 1-855-781-9898 (o llamando a MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o para comunicarse por videollamada (VP) al 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a info@myombudsman.org.

SECTION 3 Comprenda las quejas y las apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de MassHealth (Medicaid). La información en este capítulo es válida para **todos** sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). En ocasiones, esto se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

A veces los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no están combinados. Para estos casos, usted utiliza un proceso de Medicare para los beneficios cubiertos por Medicare y un proceso de MassHealth (Medicaid) para los beneficios cubiertos por MassHealth (Medicaid). Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2”.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 ¿Debería usted usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una queja?
--

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con **los beneficios cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid)**.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare o MassHealth (Medicaid)**, utilice esta tabla:

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, “Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo, **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Petición de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de su parte o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico

particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o un medicamento no están cubiertos o que ya no tienen cobertura de Medicare o MassHealth (Medicaid) para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela contra una decisión por primera vez, se denomina una apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es leída por personas diferentes a las que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se discutirán más adelante, puede solicitar una “decisión rápida de cobertura” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2. MassHealth (Medicaid).
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Nos puede llamar al Servicio para los Miembros** (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor de atención médica puede realizar la solicitud por usted.**
 - Para la atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es sobre un servicio de Medicare y esta se rechaza en el Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de servicios de salud solicita que usted continúe recibiendo algún servicio o artículo que recibe actualmente, **es posible** que deba asignar a su médico u otra persona autorizada a emitir recetas como su representante para actuar en su nombre.
 - Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, **debe** designar a su médico como su representante para actuar en su nombre.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, debe designar a su médico o a otra persona autorizada a emitir recetas como su representante para actuar en su nombre.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de atención médica, u otra persona sea su representante, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento) y pida el formulario “Nombramiento de representante legal”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.CommonwealthCareSCO.org). El formulario le otorga a esa persona la autorización para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted

y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que solicite algún tipo de decisión de cobertura o apele una decisión.

Sección 5.3	¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
--------------------	---

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo, “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo, “Medicamentos con receta 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 médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo, “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto”. (Esta sección se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento tiene los números de teléfono para este programa).

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



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención
--------------------	---

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos además de los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas para una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, le explicaremos de qué manera las normas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo una determinada atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió atención o servicios médicos, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
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.

- **NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:**
 - Sección 8 de este capítulo, “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
 - Sección 9 de este capítulo, “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto”. Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).

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

- Para *todas* las demás situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 6) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 6.2 .
Si el plan ya le ha comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si le informamos que dejaríamos de brindar o reduciríamos un servicio médico que recibe actualmente.	Es posible que pueda conservar dichos servicios o artículos durante su apelación. Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si desea pedirle a nuestro plan que le reembolse la atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo pedir a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **“determinación integrada de la organización”**.

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”.

Términos legales
Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una “ determinación integrada acelerada ”.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica”.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **por un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta a más tardar 72 horas** después de recibir su solicitud.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores de atención médica fuera de la red) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** para una solicitud **por un artículo o servicio médico**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
 - **Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales para solicitudes por artículos o servicios médicos** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores de atención médica fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si su solicitud hace referencia a la cobertura para atención médica **que aún no ha recibido**. (No puede pedir una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si la vía de plazos estándares **podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.
- **Si su médico le dice que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
 - En esta carta se le dirá que, si su médico le pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente le proporcionaremos una decisión rápida de cobertura.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más

información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o dentro de 24 horas si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura

- Normalmente, para una decisión estándar de cobertura sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **a más tardar 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para solicitudes por un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando

presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

- Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o dentro de 72 horas si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

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

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una “ reconsideración integrada ” del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación sobre su atención médica”.

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** También puede solicitar una apelación por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.”
 - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el Formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Si su médico u otra persona autorizada a emitir recetas solicita que usted continúe recibiendo durante su apelación algún servicio o artículo que recibe actualmente, es posible que deba asignar a su médico u otra persona autorizada a emitir recetas como su representante para actuar en su nombre. (Para obtener el formulario, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros [los números de teléfonos se encuentran impresos en la portada posterior de este documento] y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.CommonwealthCareSCO.org. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de ignorar su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o queja sobre su atención médica”.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre una decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una razón justificada para haberla dejado pasar, explique el motivo por la tardanza de su apelación al momento de hacerla. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación por escrito o en persona.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud por teléfono)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración integrada acelerada”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Si le dijimos que dejaríamos de prestarle o reduciríamos algún servicio o artículo que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar dichos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o dejar de brindarle una cobertura por 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 el artículo si pide una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario desde la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción, lo que suceda último.
- Si cumple con este plazo, puede continuar 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 el objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- El revisor de la apelación es una persona con los conocimientos clínicos adecuados que no estuvo involucrada en la decisión de cobertura. El revisor de la apelación no es un subordinado del revisor de la decisión de cobertura.

- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos límite para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**, si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta 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. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos límite para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, tenemos que darle nuestra respuesta a su solicitud de un artículo o un servicio médico **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**, si su solicitud es sobre un artículo o servicio médico. Si decidimos que debemos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos verbalmente y por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando

presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta antes del plazo correspondiente mencionado anteriormente (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales para su solicitud de un artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Entonces una organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Debe agotar el proceso del Nivel 1 antes de apelar en el Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), en la carta se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2
--------------------	--

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le indicará si el servicio o producto está usualmente cubierto por Medicare o MassHealth (Medicaid), o si podría estar cubierto por ambos.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se complete la apelación de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por MassHealth (Medicaid)**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. En la carta se le informará cómo puede hacerlo. También encontrará información a continuación.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar **cubierto por Medicare y por MassHealth (Medicaid)**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

Si, al 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 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para dicho servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto solo por MassHealth (Medicaid), sus beneficios para dicho servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario desde el momento en que recibió la carta con la decisión del plan.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación “rápida”, recibirá automáticamente una apelación “rápida” en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse ningún tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento con receta 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** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse ningún tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta 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 los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos hacer lo siguiente:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas**.
 - Proporcionar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**.
 - Proporcionar el servicio en un plazo de **72 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos hacer lo siguiente:**
 - Autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en cuestión **en un plazo de 72 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**.
 - **En un plazo de 24 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - **Paso 3:** Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.
 - Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
 - A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca del proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5. Vaya a la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información.

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” que revisa los casos de Medicare es “**entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”.

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 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** desde la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1.

En la carta que reciba de nosotros se le indicará adónde debe presentar su solicitud para una audiencia.

- Para solicitar una apelación ante la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid), MassHealth (Medicaid) debe recibir su solicitud para una audiencia imparcial a más tardar 30 días calendario a partir de la fecha de envío del aviso por escrito de denegación de la apelación de Senior Care Options Program.

- Debe enviar la solicitud junto con una copia del aviso final de denegación del plan a la siguiente dirección:

Executive Office of Health & Human Services — Office of Medicaid Board of Hearings

100 Hancock Street, 6th Floor Quincy, MA 02171

O por fax al (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 ponerse en contacto con la Junta de Audiencias al 617-847-1200 o al 1-800-655-0338. El formulario también se encuentra disponible en: www.mass.gov/eohhs/docs/masshealth/appforms/fair-hearing.pdf.

- Si su apelación fue acelerada (revisada rápidamente) durante el proceso de apelaciones interno de nuestro plan (apelación de Nivel 1), la Junta de Audiencias debe recibir su formulario de solicitud de una audiencia imparcial dentro de los 20 días calendario a partir de la fecha en que Senior Care Options Program le envió a usted el aviso de denegación de la apelación por escrito para que su apelación sea acelerada en la Junta de Audiencias. No obstante, si la Junta de Audiencias recibe su formulario de solicitud de audiencia imparcial entre 21 y 30 días calendario a partir de la fecha en que el plan le envió a usted el aviso de denegación de la apelación por escrito, entonces la Junta de Audiencias procesará su apelación utilizando los plazos de las apelaciones estándares.

- También puede optar por continuar recibiendo los servicios por los que está presentando una apelación durante el proceso de apelaciones de la Junta de Audiencias. Si desea que los servicios continúen durante la apelación, deberá presentar su solicitud de apelación ante la Junta de Audiencias dentro de los diez (10) días calendario de la fecha de envío de la decisión de apelación de Senior Care Options Program. Deberá informarle a la Junta de Audiencias que desea continuar recibiendo el servicio durante la apelación. Si continúa recibiendo los servicios durante el proceso de apelaciones de la Junta de Audiencias, es posible que usted sea responsable de

pagar los costos de esos servicios. También puede optar por no continuar recibiendo los servicios durante la apelación.

Paso 2: La oficina de audiencias imparciales le da su respuesta.

La oficina de audiencias imparciales le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó para tomarla.

- **Si la oficina de audiencias imparciales acepta parte o la totalidad de la solicitud para un servicio o artículo médico**, debemos autorizar o brindar la cobertura del servicio o artículo en el plazo de 72 horas de recibida la decisión de la oficina de audiencias imparciales.
- **Si la oficina de audiencias imparciales rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar la apelación”).

Si se rechaza parte o la totalidad de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la organización de revisión independiente o la oficina de audiencias imparciales decidió “rechazar” parte o la totalidad de lo que usted solicitó, usted tiene **derechos de apelación adicionales**.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la **organización de revisión independiente**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un determinado monto mínimo. A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. **En la carta que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicarán otros derechos de apelación adicionales que puede tener.**

En la carta que reciba de la oficina de audiencias imparciales se describirá esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre derechos especiales de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que paguemos una factura que ha recibido por concepto de atención médica?
--------------------	---

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 6 de este documento, *Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 6 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un

proveedor de atención médica. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una solicitud de decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios [lo que está cubierto]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este documento: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*).

Solicitud de reembolso por algo que usted ya pagó:

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la **Sección 5.1** de este capítulo).

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de **MassHealth (Medicaid)**. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos de MassHealth (Medicaid), envíenosla. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos pondremos en contacto con el proveedor de atención médica directamente y nos ocuparemos del problema. Pero si paga la factura, puede recibir un reembolso de parte del mismo proveedor de atención médica en caso de que haya seguido las normas para obtener los servicios o el artículo.

Si desea que le reembolsemos por un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid) que usted ya pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios [lo que está cubierto]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este documento, *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud:

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud.
- Si la atención médica de Medicare por la que pagó tiene cobertura, le enviaremos el pago del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud.
 - Si la atención médica de MassHealth (Medicaid) por la que pagó a un proveedor de atención médica tiene cobertura y usted cree que deberíamos pagarle al

proveedor de atención médica en su lugar, le enviaremos al proveedor el pago del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud.

- En estos casos usted deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para que le hagan un reembolso. O si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor de atención médica. El envío del pago equivale a “aceptar” su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si la atención médica **no** está cubierta, o usted **no** siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (El rechazo de su solicitud de pago equivale a negar su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3 de este capítulo. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

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



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

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
--------------------	---

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla).

Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, las normas de la Lista de medicamentos y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una “determinación de cobertura” .

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.

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

- ⊖ Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es obligatorio que obtenga una aprobación de nuestra parte antes de que podamos cubrirlo en su caso).
 - **NOTA:** Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la siguiente tabla para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina en ocasiones “**excepción al formulario**”.

2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Se aplican normas o restricciones adicionales para determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones “**excepción al formulario**”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
 - Que se exija probar primero con otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).

- *Límites de cantidad.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones
--------------------	--

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general **no** aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general **no** aprobaremos su solicitud para una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen bien para usted o sea posible que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La **Sección 7.5** de este capítulo le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Paso 1: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión urgente de cobertura**”. **No puede solicitar una decisión urgente de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a emitir recetas) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o consultar sobre los medicamentos con receta de la Parte D”. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.*
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para actuar en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 6 de este documento: *Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 6 se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (Esto se denomina “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a emitir recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte la **Sección 7.2** y la **Sección 7.3**.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Términos legales
Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una “ determinación acelerada de cobertura ”.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “urgente”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión urgente de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión urgente de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si su pedido hace referencia a un **medicamento que aún no recibió**. (No puede solicitar una decisión urgente de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - Podrá solicitar una decisión urgente de cobertura **solo** si la vía de plazos estándares podría **poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión urgente de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión urgente de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión urgente de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión urgente de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
 - En esta carta se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas pide la decisión urgente de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión urgente de cobertura.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión urgente de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar una queja “urgente”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un

plazo de 24 horas luego de recibida su queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Paso 2: Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos límite para una decisión de cobertura “urgente”

- Si aplicamos los plazos urgentes, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “redeterminación” del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con nosotros.**
 - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo o a través de nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D”.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D”.
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2,** “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D”.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre una decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “redeterminación acelerada”.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la **Sección 7.4** de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a emitir recetas para obtener más información.

Plazos límite para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que aún no recibió. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación “rápida”.

- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe modificarse.

Términos legales

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “**entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos límite para la apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.

- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos límite para la apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle nuestra respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibida su solicitud.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si la organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
 - Si la organización de revisión independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar la apelación”).

Si la organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca del proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

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

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le darán el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--

Durante su estadía cubierta en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado “*An Important Message from Medicare about Your Rights*” (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso

siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado.

Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital, y su derecho a saber quién pagará por ella.
- Derecho a saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede “solicitar una revisión inmediata” . Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso. (La **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar este aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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.html.

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si desea pedir que los servicios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Compruebe si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Póngase en contacto con la organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se denomina una “revisión inmediata”.

¿Qué es la organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen

Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad *antes* de dejar el hospital y **no más allá de la medianoche del día en que se le da el alta**. (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
 - Si usted cumple con este plazo, se lo autorizará a permanecer en el hospital después de la fecha del alta **sin que deba pagar por ello**, mientras espera la decisión sobre su apelación de parte de la organización para la mejora de la calidad.
 - Si **no** cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar todos los costos** correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Pida una “revisión rápida”:

- Debe pedirle a la organización para la mejora de la calidad que realice una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicarán en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales

La explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en:

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión acepta la apelación, **debemos seguir brindándole servicios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión rechaza su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si la organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la estadía hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se pone en contacto con la organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores de la organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación de la organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados en un hospital durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un abogado mediador.
- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la **Sección 8.2**, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“rápido” significa hacer algo antes de irse del hospital y no después de la fecha de alta programada, lo que suceda primero). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una apelación sobre su atención médica”.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los que son “estándares”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y siguió todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los que son estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital **después** de su fecha prevista del alta, entonces es **posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una “organización de revisión independiente”**. Al hacer esto, significa que usted va **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso alternativo de apelación de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe modificarse.

Términos legales
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “ entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige

- Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
 - **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nuestro plan debe seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
 - **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con la apelación de Nivel 3, que la maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i>
--------------------	---

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.

- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para que un centro se pueda considerar “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que recibe como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagarla**.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura
--------------------	---

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que su plan deje de cubrir su atención, recibirá una notificación.
 - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales

Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **“apelación de vía rápida”**. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La **Sección 9.3** a continuación le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).

El aviso por escrito se denomina **“Aviso de no cobertura de Medicare”**.

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso. (La **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- La firma del aviso **solo** indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1. Póngase en contacto con la organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación de vía rápida” (una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que se indica en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad y todavía desea apelar, debe presentarnos la apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.

- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación por escrito se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de su atención en la fecha indicada en la notificación.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la organización para la mejora de la

calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se pone en contacto con la organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2,

puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un abogado mediador.

- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la **Sección 9.3**, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales

A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.
--

Paso 1: Contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una apelación sobre su atención médica”.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los que son “estándares”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una “organización de revisión independiente”**. Al hacer esto, significa que usted va **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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 cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe modificarse.

Términos legales
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “ entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
 - En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez administrativo o un abogado mediador.
- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si Medicare generalmente es quien paga por el servicio y usted ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por un servicio cubierto por Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
--

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra petición de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales a MassHealth (Medicaid)

Si su apelación es sobre servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre, usted también tiene otros derechos de apelación. En la carta que reciba de la oficina de audiencias imparciales, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones por solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibida la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no.***
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibida la resolución.

- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**



Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección no es la indicada. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se aplica solo a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none">• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto?• ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Departamento de Servicio para los Miembros?• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla?• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por el Servicio para los Miembros u otro personal de nuestro plan?<ul style="list-style-type: none">○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle?• ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Respeto de los plazos (Estos tipos de quejas se relacionan con el <i>respeto de los plazos</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si ha pedido que le demos una “respuesta rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

Términos legales

- En esta sección, una “**queja**” también se denomina “**reclamo**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**interponer un reclamo**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para quejas**” es “**usar el proceso para interponer un reclamo**”.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio para los Miembros.** Si hay algo que necesite hacer, el Servicio para los Miembros se lo indicará. Llame al Servicio para los Miembros al 1-866-610-2273 (TTY 711). Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el Servicio para los Miembros está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Servicio para los Miembros inmediatamente.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una queja “rápida”.** Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales

En esta sección, una “queja rápida” también se denomina “reclamo rápido”.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos verbalmente y por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (**sin** presentarnos la queja a nosotros).
 - La organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la organización para la mejora de la calidad.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare y MassHealth (Medicaid) acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Senior Care Options Program directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 11.6 Quejas sobre la igualdad de la atención de salud mental

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención médica administrada, incluido Senior Care Options Program, brinden servicios de salud conductual a los miembros de MassHealth (Medicaid) de la misma manera que brindan los servicios de salud física. Esto es lo que se denomina “igualdad”. En general, esto significa que:

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

1. Senior Care Options Program debe proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental y abuso de sustancias que para otros problemas físicos que pueda tener.
2. Senior Care Options Program debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento similares para los servicios de salud mental y abuso de sustancias que los que tiene para los servicios de salud física.
3. Senior Care Options Program debe proporcionarles a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica que utiliza el plan para la autorización previa, si usted o su proveedor lo solicitan.
4. Senior Care Options Program también debe informarle dentro de un plazo razonable el motivo del rechazo de una autorización para los servicios de salud mental y abuso de sustancias.

Si considera que Senior Care Options Program no está brindando la igualdad que se explicó anteriormente, tiene derecho a presentar un reclamo ante Senior Care Options Program. Para obtener más información sobre los reclamos y cómo presentarlos, consulte la Sección 11.3 de este capítulo de su *Evidencia de cobertura*.

También puede presentar un reclamo ante MassHealth (Medicaid). Puede hacerlo llamando al centro del Servicio al Cliente de MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Para obtener más información, consulte el inciso 450.117(J) del Título 130 del CMR.

**PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MASSHEALTH
(MEDICAID)**

**SECCIÓN 12 Cómo manejar 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 u inacción por parte de su plan (por ejemplo, la denegación de una apelación de un servicio), usted también tiene derecho a apelar esto ante MassHealth (Medicaid). Por cada decisión de apelación que tomemos, le enviaremos información por escrito acerca de sus derechos a apelar nuestra decisión ante la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid).

Paso 1: Comuníquese con la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid) para solicitar una revisión de su caso de apelación

Puede solicitar una audiencia imparcial a través del proceso de apelaciones del Consejo de Audiencias de MassHealth (Medicaid).

- Para solicitar una apelación ante la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid), MassHealth (Medicaid) debe recibir su solicitud para una audiencia imparcial a más tardar 30 días calendario a partir de la fecha de envío del aviso por escrito de denegación de la apelación del Senior Care Options Program.
- Debe enviar la solicitud junto con una copia del aviso final de denegación del plan a la siguiente dirección:

Executive Office of Health & Human Services — Office of Medicaid
Board of Hearings
100 Hancock Street, 6th Floor
Quincy, MA 02171
O por fax al (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 ponerse en contacto con la Junta de Audiencias al 617-847-1200 o al 1-800-655-0338. El formulario también se encuentra disponible en: www.mass.gov/eohhs/docs/masshealth/appforms/fair-hearing.pdf.
- Si su apelación fue acelerada (revisada rápidamente) durante el proceso de apelaciones interno de nuestro plan (apelación de Nivel 1), la Junta de Audiencias debe recibir su formulario de solicitud de una audiencia imparcial dentro de los 20 días calendario a partir de la fecha en que Senior Care Options Program le envió a usted el aviso de denegación de la apelación por escrito para que su apelación sea acelerada en la Junta de Audiencias. No obstante, si la Junta de Audiencias recibe su formulario de solicitud de audiencia imparcial entre 21 y 30 días calendario a partir de la fecha en que el plan le envió a usted el aviso de denegación de la apelación por escrito, entonces la Junta de Audiencias procesará su apelación utilizando los plazos de las apelaciones estándares.
- También puede optar por continuar recibiendo los servicios por los que está presentando una apelación durante el proceso de apelaciones de la Junta de Audiencias. Si desea que los servicios continúen durante la apelación, deberá presentar su solicitud de apelación ante la Junta de Audiencias dentro de los diez (10) días calendario de la fecha de envío de la decisión de apelación de Senior Care Options Program. Deberá informarle a la Junta de Audiencias que desea continuar recibiendo el servicio durante la apelación. Si continúa recibiendo los servicios durante el proceso de apelaciones de la Junta de Audiencias, es posible que usted sea responsable de pagar los costos de esos servicios. También puede optar por no continuar recibiendo los servicios durante la apelación.

Paso 2: La Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid) revisa su caso y le da su respuesta

La Junta de Audiencias revisará su apelación y le notificará su decisión.

- Si la Junta de Audiencias “acepta” parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de las 72 horas o tan rápido como su estado de salud lo requiera.
- Si la Junta de Audiencias “rechaza” parte o la totalidad de lo que usted solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión de apelación de nuestro plan.

Paso 3: Si la decisión es “rechazar” parte o la totalidad de lo que usted solicitó, tendrá derechos de apelación adicionales a través de MassHealth (Medicaid).

- Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia imparcial, usted tendrá otros derechos de apelación conforme a MassHealth (Medicaid). Si esto sucede, se le darán a conocer esos derechos de apelación.

Para solicitar ayuda con el proceso de apelaciones o para obtener más información acerca de sus derechos de apelación, puede comunicarse con el Servicio para los Miembros de Senior Care Options Program (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).

SECCIÓN 13 Cómo informar fraude, uso indebido y abuso

Si cree que podría haber presenciado fraude, uso indebido o abuso:

- **Llame** a la línea directa de cumplimiento de CCA al 1-800-826-6762
O bien
- **Envíe un correo electrónico** a CCA_Compliance@commonwealthcare.org

Nos comprometemos a trabajar para prevenir el fraude, el uso indebido y el abuso, y a lidiar con cualquier instancia de estos.

Usted, su familiar o su cuidador pueden hacer el informe. Los informes serán confidenciales. El informe puede ser anónimo. No afectará sus servicios.

¿Qué es el fraude, el uso indebido y el abuso?

Son tipos de mal uso de recursos, dinero o propiedad de CCA o del gobierno federal o estatal.

- **Fraude:** acciones deshonestas hechas a propósito y a sabiendas de que los recursos irán a alguien que no tiene aprobación para recibirlos.
- **Uso indebido:** uso en exceso de un recurso. El uso indebido no es a propósito.

- **Abuso:** acciones que ocasionan costos o pagos por servicios que no son médicamente necesarios ni el estándar aceptado de atención.

Ejemplos:

- Facturar servicios que no se brindaron
- Ser deshonesto a la hora de facturar los servicios, por ejemplo:
 - Cambiar el tipo
 - Cambiar los cargos
 - Cambiar la fecha
 - Cambiar el proveedor o la persona que recibió los servicios
- Usar la tarjeta de identificación de alguien más
- Entrega de equipos o suministros a un miembro cuando no los necesitaba

Consejos para protegerse del fraude

Las ofertas de ayuda o tratamientos médicos “gratuitos” que le llegan en anuncios, una llamada telefónica o a la puerta **pueden ser una estafa.**

Qué hacer:

- ¡Tenga cuidado!
- Lea la documentación de CCA y asegúrese de haber recibido los tratamientos que se cobraron. Cuestiónese todo lo que le parezca sospechoso.
- No le brinde a nadie por teléfono su información de Medicare, el Seguro Social, la cuenta bancaria o la tarjeta de crédito.
- Si van a su hogar, pídale la identificación. Nadie de CCA puede ingresar a su hogar sin su permiso.

Para obtener más información, visite <https://www.commonwealthcarealliance.org/report-fraud>.

CAPÍTULO 9

*Cancelación de su membresía en el
plan*

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	253
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan	253
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	253
Sección 2.1	Podrá cancelar su membresía por tener Medicare y MassHealth (Medicaid)	253
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual.....	254
Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	255
Sección 2.4	En algunas situaciones particulares, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial	256
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?.....	257
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	258
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan...	258
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	260
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	260
SECCIÓN 5	Senior Care Options Program debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	260
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	260
Sección 5.2	No podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud	261
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	262

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan
--------------------	--

La cancelación de la membresía en Senior Care Options Program puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Usted puede finalizar su membresía en el plan en cualquier momento. La Sección 2 le brinda información sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante momentos determinados durante el año, conocidos como “períodos de inscripción”. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, es posible que sea elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Podrá cancelar su membresía por tener Medicare y MassHealth (Medicaid)
--------------------	---

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Dado que usted tiene Medicaid, es posible que tenga la posibilidad de cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan

Si se inscribió en nuestro plan durante alguno de estos períodos, deberá esperar al siguiente período para cancelar su membresía o para cambiarse a un plan diferente. No puede utilizar este período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el período de inscripción anual. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el período de inscripción anual.

Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte la Sección 10 del Capítulo 5.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta por un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare (cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare).

Para obtener más información sobre las opciones del plan MassHealth (Medicaid), póngase en contacto con MassOptions o con la Oficina de Medicaid de su estado (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual
--------------------	---

Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el que usted debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y decidir la cobertura para el año siguiente.

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Esto sucede desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción anual?** Puede elegir 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. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.
 - *O bien* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare (cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte la Sección 4 del Capítulo 1 para obtener información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía terminará cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio de cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, tiene hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare para agregar cobertura para medicamentos.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes siguiente luego de inscribirse en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si, además, usted elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente luego de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En algunas situaciones particulares, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial
--------------------	---

En determinadas situaciones, es posible que sea elegible para cancelar su inscripción en otros momentos del año. Esto se conoce como “**período de inscripción especial**”.

- **¿Quién es elegible para un período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es posible que sea elegible para cancelar su inscripción durante el período de inscripción especial. Estos son solo algunos ejemplos. Para obtener una lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Generalmente, si se muda.
 - Si tiene una MassHealth (Medicaid).
 - Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus recetas de Medicare.
 - Si violamos el contrato que celebramos con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).
 - **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte la Sección 10 del Capítulo 5.

Nota: En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el período de inscripción especial para las personas con MassHealth (Medicaid).

- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si usted es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su inscripción debido a una circunstancia especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura para medicamentos con receta como su cobertura de salud de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan

- Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta por un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare (cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte la Sección 4 del Capítulo 1 para obtener información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio para los Miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021).
 - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan
--

Generalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).
- *O bien* puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare en cualquier momento. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Senior Care Options Program se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan separado para medicamentos con receta de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare en cualquier momento. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Senior Care Options Program se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare<ul style="list-style-type: none">○ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.○ Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio para los Miembros (en la portada posterior de este documento encontrará impresos los números de teléfono).• Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su inscripción en Senior Care Options Program cuando comience la cobertura en Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con MassHealth (Medicaid), consulte la

Sección 6 del Capítulo 2. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o cómo regresar a Original Medicare puede afectar la manera en que obtiene su cobertura de MassHealth (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Senior Care Options Program, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid) entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para resurtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará generalmente cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Senior Care Options Program debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Senior Care Options Program **debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare. No obstante, puede seguir inscrito en nuestro plan con MassHealth (Medicaid), siempre y cuando esté inscrito en MassHealth Standard.
- Si ya no es elegible para MassHealth (Medicaid). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y MassHealth (Medicaid). Usted debe estar inscrito en MassHealth Standard para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan

- Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Servicio para los Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los Miembros).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano estadounidense ni residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio para los Miembros** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).

Sección 5.2 No podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud

Senior Care Options Program no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 8 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 10

Avisos legales

Capítulo 10. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	265
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	265
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	267
SECCIÓN 4	Quién recibe pagos conforme a este contrato.....	267
SECCIÓN 5	Notificaciones	267
SECCIÓN 6	Aviso de ciertos eventos	267

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, La Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otra razón.

Commonwealth Care Alliance[®] cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro mental), estado civil, edad, sexo (incluidas la estereotipación sexual y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo o asistencia pública. Commonwealth Care Alliance no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro mental), estado civil, edad, sexo (incluidas la estereotipación sexual y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo o asistencia pública.

Commonwealth Care Alliance:

- Proporciona recursos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de forma eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Capítulo 10. Avisos legales

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Commonwealth Care Alliance no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por cuestiones de afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro mental), estado civil, edad, sexo (incluidas la estereotipación sexual y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo o asistencia pública, puede presentar un reclamo ante:

Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108

Teléfono: 1-617-960-0474, ext. 3932, (TTY: 711)

Fax: 857-453-4517

Correo electrónico: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20211
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

En www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html se encuentran disponibles los formularios de quejas.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio para los 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 por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Senior Care Options Program, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Quién recibe pagos conforme a este contrato

Senior Care Options Program de Commonwealth Care Alliance o su administrador externo pagarán los servicios brindados y autorizados por su equipo de atención conforme a este contrato directamente al proveedor del plan. No se le puede solicitar a usted que pague ningún monto adeudado por Senior Care Options Program de Commonwealth Care Alliance.

SECCIÓN 5 Notificaciones

Todo aviso que le brindamos conforme a este contrato se le enviará por correo a su dirección tal como figura en nuestros registros. Usted debe notificarnos oportunamente sobre cualquier cambio en su dirección. Cuando necesite notificarnos, debe enviar un aviso a Commonwealth Care Alliance, 30 Winter Street, Boston, MA 02108 o llamarnos directamente al 1-866-610-2273 (TTY: llame al número de retransmisión de MassRelay al 711).

SECCIÓN 6 Aviso de ciertos eventos

Le notificaremos si debemos finalizar el contrato con un proveedor o centro del que recibe servicios, o si ya no es posible utilizarlos más. Esto incluye hospitales, médicos o cualquier otra persona con la que tengamos un contrato para que proporcionen servicios o beneficios. Nosotros nos encargaremos de que reciba los servicios de otro proveedor.

CAPÍTULO 11

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica, medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 8 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía basándose en el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: (1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: un auxiliar de atención de la salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios indicados). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y coseguros.

Cancelar o cancelación de la inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días y de manera continua en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura para medicamentos con receta acreditable: es la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren las Partes A o B de Medicare.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, y que ayudan con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación integrada o de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

están cubiertos, o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo de atención: un equipo que puede estar integrado por su PCP, un profesional en enfermería, un enfermero certificado, un auxiliar médico o un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) que son responsables de coordinar toda su atención médica. La “coordinación” de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con usted y otros proveedores del plan sobre esto mismo. Para obtener información sobre el equipo de atención, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas para infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que solicita un proveedor para usar en el hogar.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: es una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: es una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio brindará el tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Integrado/Reclamo: es un tipo de queja que se presenta sobre nosotros o las farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Ley de Igualdad de Atención de Salud Mental y Adicción de 2008 (MHPAEA): es una ley federal que les exige a los planes de salud y a las compañías de seguros de salud garantizar que los requisitos financieros (como copagos, deducibles) y los límites de tratamiento (como límites de consultas) que se aplican a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o límites que aplican los planes a todos los demás beneficios médicos, quirúrgicos, comunitarios y de apoyo.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

MassHealth (Medicaid) (o asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de MassHealth (Medicaid) varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y MassHealth (Medicaid). MassOptions es un recurso gratuito que conecta a las personas mayores, personas con discapacidades, cuidadores y familiares con los servicios que los ayudan a usted o a un ser querido a vivir de manera independiente en el entorno elegido. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con MassHealth (Medicaid) y MassOptions.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de afecciones médicas y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, a los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: es un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero es normalmente más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro Plan o “miembro del Plan”): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: es el monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más luego de volverse elegible para unirse a un plan de la Parte D por primera vez. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía. Si alguna vez pierde la Ayuda adicional, estará sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin la Parte D o sin alguna otra cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Multa por inscripción tardía: es la cifra que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía. Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), debe mantener su cobertura de la Parte D o puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía si alguna vez elige inscribirse en la Parte D en el futuro.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte “plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su utilización de los servicios hospitalarios y de centros de atención de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando hayan transcurrido 60 días seguidos sin que reciba atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF). Si usted ingresa al hospital o al centro de atención de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: es un período establecido cada año 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 cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo, y está disponible por un

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid).

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, programas piloto/demostraciones y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través del plan.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía aseguradora o un plan de atención médica por la cobertura médica o para medicamentos con receta. Los miembros de Senior Care Options Program no pagan prima.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Prótesis y ortopedia: son aparatos médicos que su médico u otro proveedor de atención médica solicitan. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, férulas para brazos, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales, y los aparatos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluso suplementos de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de salud. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el Estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este documento, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Ver también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Servicio para los Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio para los Miembros, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia son aquellos que se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red se encuentran temporalmente no disponibles o son inaccesibles.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Trabajador social de salud (HOW): ayuda a los miembros a manejar sus determinantes sociales de salud (SDH) identificando y conectando a los miembros con los servicios y recursos dentro de sus comunidades, con un enfoque centrado en el miembro cuyo objetivo es mejorar su salud y fomentar su independencia. Los SDH incluyen, entre otros, vivienda, asistencia pública (asistencia económica de SSI, SNAP), programas diurnos, asistencia para combustible y MassHealth.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

**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 recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636).
TTY	1-800-872-0166 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
CORREO	Llame al número que se menciona más arriba para averiguar la dirección del programa SHINE en su ciudad o región.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Servicio para los Miembros de Senior Care Options Program

Método	Información de contacto del Servicio para los Miembros
TELÉFONO	<p>1-866-610-2273</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.</p> <p>El Servicio para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados y domingos de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.</p>
FAX	617-426-1311
CORREO	30 Winter Street, Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.CommonwealthCareSCO.org

Declaración de divulgación de la PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder ante la recopilación de información, a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación 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.