



**Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024**

## **Su cobertura de salud y medicamentos en virtud del plan de Medicare-Medicaid CCA One Care**

### ***Manual para miembros* Introducción**

Este manual le informa sobre su cobertura en virtud de CCA One Care hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura de medicamentos recetados, y los servicios y apoyo a largo plazo. Los servicios y apoyo a largo plazo proporcionan la atención que usted necesita en su hogar o en la comunidad, y pueden reducir sus posibilidades de que deba ir a un centro de atención de enfermería u hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

**Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Commonwealth Care Alliance, Inc. ofrece CCA One Care (plan de Medicare-Medicaid). Cuando este *Manual para miembros* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Commonwealth Care Alliance, Inc. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a CCA One Care.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 866-610-2273 (TTY 711), 8 am to 8 pm, 7 days a week. This call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a 20 horas, 7 días a la semana. 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, sistema braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.**

Mantendremos registrada su solicitud de formatos alternativos e idiomas especiales para futuros envíos. Comuníquese con Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711) para cambiar su idioma o formato preferido.

H0137\_24\_Handbook\_C



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 1

## Servicios de intérpretes en diferentes idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-610-2273 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.



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

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

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

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

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

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

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

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

**Lao/Laotian:** ພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍວ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-610-2273 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

**Cambodian:** យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពី គម្រោងសុខភាព ឬផ្លូវរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្លូវមាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-610-2273 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។



## Exención de responsabilidad

- ❖ Commonwealth Care Alliance (CCA) One Care (plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y el programa MassHealth (Medicaid) de la Mancomunidad de Massachusetts para proporcionar beneficios de ambos programas a los afiliados. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.
- ❖ Se pueden aplicar restricciones y limitaciones. Lea el Manual para miembros de CCA One Care o llame a Servicios para miembros para obtener más información. Esto significa que es posible que usted tenga que pagar por algunos servicios y que deba cumplir ciertas normas para que CCA One Care pague por sus servicios.
- ❖ La lista de medicamentos cubiertos (farmacopea), la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.
- ❖ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ❖ La cobertura en virtud de CCA One Care es una cobertura médica calificada que se denomina “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida de los individuos de conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida de los individuos.



## Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

---

### Introducción

Este capítulo incluye información sobre CCA One Care, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y MassHealth, y su membresía en él. También le informa qué esperar y qué otra información recibirá de CCA One Care. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

### Índice

A. Bienvenido a CCA One Care .....	6
B. Información sobre Medicare y MassHealth .....	6
B1. Medicare .....	6
B2. MassHealth .....	7
C. Ventajas del plan One Care.....	7
D. Área de servicio de CCA One Care .....	8
E. ¿Qué hace que sea elegible para ser un miembro de un plan? .....	9
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud .....	9
G. Su Plan de atención personalizado (ICP) .....	10
H. Prima mensual del plan CCA One Care .....	11
I. El Manual para miembros .....	11
J. Otra información importante que recibirá de nosotros .....	12
J1. Su tarjeta de identificación de miembro de CCA One Care.....	12
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> .....	12
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	13
J4. Explicación de beneficios .....	14
K. Cómo mantener actualizado su registro centralizado del miembro .....	14
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) .....	15



---

## A. Bienvenido a CCA One Care

CCA One Care es un plan One Care, MassHealth plus Medicare. El plan One Care está formado por proveedores de atención médica, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo (Long-term Services and Supports, LTSS), proveedores de salud conductual, proveedores de trastornos por consumo de sustancias, organizaciones comunitarias que pueden ayudar con las necesidades sociales relacionadas con la salud y otros proveedores de atención médica. En un plan One Care, un socio de atención trabajará con usted para desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades de salud específicas. Un socio de atención también le ayudará a administrar todos sus proveedores, servicios y apoyo. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

CCA One Care fue aprobado por la Mancomunidad de Massachusetts y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para brindarle servicios como parte de One Care.

One Care es un programa dirigido por Massachusetts y el gobierno federal para brindar una mejor atención médica a las personas que tienen Medicare y MassHealth (Medicaid). Este programa piloto permite que el gobierno estatal y federal pruebe nuevas formas de mejorar la forma en que usted recibe sus servicios de atención médica de Medicare y MassHealth.

CCA One Care es un sistema de atención integrada sin fines de lucro. Nuestro objetivo es brindar la mejor atención centrada en la persona posible a los miembros a los que prestamos servicios: adultos de todas las edades con necesidades complejas.

El objetivo de CCA One Care es ayudar a los miembros a disfrutar de la mejor calidad de vida posible a través de una mejor salud y más independencia. Buscamos nuevas y mejores formas de cubrir la ausencia de cobertura importante en la atención. Los miembros de CCA One Care participan en las decisiones que afectan su cuidado. Nuestros equipos de atención trabajan con los miembros y sus familias, proveedores y cuidadores para desarrollar planes de atención verdaderamente personalizados que aborden las necesidades médicas, de salud conductual y de apoyo social.

---

## B. Información sobre Medicare y MassHealth

### B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

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



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 6

## B2. MassHealth

MassHealth es el nombre del programa Medicaid de Massachusetts. MassHealth es administrado por el gobierno federal y el estado. MassHealth ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo y costos médicos. También cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado tiene su propio programa de Medicaid. Eso significa que cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos;
- quién califica para Medicaid en ese estado;
- qué servicios están cubiertos; **y**
- cuánto cuestan esos servicios.

Los estados también pueden decidir cómo administrar los programas de Medicaid, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Medicare y Massachusetts deben aprobar a CCA One Care cada año. Puede obtener los servicios de Medicare y MassHealth a través de nuestro plan siempre y cuando:

- sea elegible para participar en One Care;
- ofrezcamos el plan en su condado; **y**
- Medicare y Massachusetts aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar, esto no afectará su elegibilidad para los servicios de Medicare y MassHealth.

---

## C. Ventajas del plan One Care

Ahora recibirá todos sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth de CCA One Care. Esto incluye medicamentos recetados. **No tiene que pagar un monto adicional para inscribirse en este plan de salud.**

CCA One Care ayudará a que sus beneficios de Medicare y MassHealth funcionen mejor juntos y para usted. Estas son algunas de las ventajas de tener CCA One Care como su plan de salud.

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Contará con un equipo de atención compuesto por personas que usted elija. El equipo de atención es un grupo de personas que conocerán sus necesidades y



trabajarán con usted para ayudarlo a crear y llevar a cabo un plan de atención personalizado (Individualized Care Plan, ICP). Su equipo de atención hablará con usted sobre los servicios que son adecuados para usted.

- Contará con un socio de atención que trabajará con usted, el plan de salud y su equipo de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- También puede elegir tener un coordinador de apoyo a largo plazo (long-term supports, LTS). Los servicios y apoyo a largo plazo son de ayuda para las personas que necesitan asistencia en tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos.
- Un coordinador de LTS lo ayudará a encontrar y obtener el LTSS adecuado y/u otros servicios de salud conductual o basados en la comunidad.
  - Tanto el socio de atención como el coordinador de LTS trabajan con su equipo de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- Podrá hacerse cargo de su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y su socio de atención.
- El equipo de atención y el socio de atención trabajarán con usted para elaborar un plan de atención personalizado (ICP) especialmente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. Ellos lo ayudarán a obtener los servicios adecuados y a organizar su atención. El equipo de atención estará a cargo de administrar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  - Su equipo de atención se asegurará de que sus proveedores de atención médica conozcan todos sus medicamentos para que puedan reducir cualquier efecto secundario.
  - Su equipo de atención se asegurará de que todos sus médicos y otros proveedores obtengan los resultados de sus pruebas.
  - Su equipo de atención lo ayudará a obtener citas con médicos y otros proveedores que pueden ayudarlo con cualquier adaptación para discapacitados que necesite.

---

## D. Área de servicio de CCA One Care

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



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 8

Por el momento, no prestamos servicios en los condados de Dukes o Nantucket. CCA One Care es solo para personas que viven en nuestra área de servicio.

**Si se muda fuera de nuestra área de servicio**, no puede seguir siendo miembro de este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección J, para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

---

## E. ¿Qué hace que sea elegible para ser un miembro de un plan?

Usted cumple con los requisitos para nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella); **y**
- tenga la Parte A y la Parte B de Medicare y cumpla con los requisitos para la Parte D; **y**
- cumpla con los requisitos para MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth y tenga entre 21 y 64 años de edad al momento de la inscripción; **y**
- sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos; **y**
- no esté inscrito en una exención de Servicios domiciliarios y comunitarios (Home and Community-based Services, HCBS) de MassHealth; **y**
- no tenga otro seguro de salud.

---

## F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud

Si CCA One Care es un plan nuevo para usted, puede seguir consultando a sus proveedores de atención médica y recibiendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta completar su evaluación integral y su plan de atención personalizado (ICP). Esto se denomina período de Continuidad en la atención. Si está tomando algún medicamento recetado de la Parte D de Medicare cuando se inscribe en nuestro plan, puede obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento si es necesario.

En el plazo de los primeros 90 días de su inscripción en el plan, recibirá una evaluación integral en persona. Después de la evaluación, usted y su equipo de atención trabajarán juntos para desarrollar su ICP.

En esta sección, proporcionamos más información sobre el proceso para la evaluación integral y el plan de atención personalizado (ICP). Al comienzo de esos primeros 90 días de su



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

inscripción, recibirá una llamada de nuestro especialista en incorporación de CCA One Care que le dará la bienvenida a nuestro plan. Una vez que se confirme su información, el personal de enfermería capacitado también se comunicará con usted para completar la evaluación integral. Usted, su familiar, cuidador o cualquier persona que designe para participar en su atención se reunirán con el enfermero en su hogar o en otro lugar que usted elija. Ellos revisarán su historia clínica y su salud para que podamos trabajar con usted para planificar sus objetivos de salud y necesidades de servicio. La evaluación integral incluirá:

- Una evaluación médica de su estado de salud, incluidas las necesidades inmediatas y los servicios actuales, enfermedades, medicamentos y antecedentes médicos que contengan el estado funcional y el bienestar físico.
- Estilo de vida e información social, incluidos los requisitos de accesibilidad, los equipos necesitan consideraciones ambientales.
- Una evaluación de su necesidad de servicios y apoyo de atención a largo plazo, incluida una evaluación de sus necesidades para ayudarlo a vivir de manera independiente o segura en la comunidad, y para ayudarlo a comprender qué opciones de servicios y apoyo a largo plazo pueden ser las mejores para usted.
- Preferencias y objetivos.
- Y otros temas basados en nuestra conversación.

Si usa o necesita servicios y apoyo a largo plazo en la comunidad (como habilitación diurna, cuidado tutelar para adultos o asistencia de cuidado personal), puede elegir un coordinador de apoyo a largo plazo (LTS) para que se reúna con usted y lo ayude a evaluar sus necesidades de salud y bienestar. El coordinador de LTS formará parte de su equipo de atención y le informará sobre los diferentes tipos de servicios disponibles y lo ayudará a encontrar los mejores servicios y programas a largo plazo para usted.

Una vez que se complete su evaluación, usted y, si lo elige, su familia, cuidador u otro representante designado, y su equipo de atención trabajarán juntos para desarrollar un plan de atención personalizado (ICP) para abordar sus necesidades de salud y apoyo, lo que refleja sus preferencias y objetivos personales. Esto significa que algunos de los servicios que recibe ahora pueden cambiar.

Después de los primeros 90 días, deberá usar médicos y otros proveedores de la red de CCA One Care. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección D, para obtener más información sobre cómo obtener atención de las redes de proveedores.

---

## G. Su Plan de atención personalizado (ICP)



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 10

Después de su evaluación integral, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de atención harán su plan de atención personalizado (ICP).

Su ICP enumera los servicios que recibirá y cómo los recibirá. Incluye los servicios que necesita para su atención médica física y conductual, y los servicios y apoyo a largo plazo. Los proveedores que use y los medicamentos que tome formarán parte de su ICP. Podrá enumerar sus objetivos de salud, vida independiente y recuperación, así como cualquier inquietud que pueda tener y los pasos necesarios para abordarlos.

Su plan One Care trabajará con usted en todo momento y trabajará con su familia, amigos y defensores si usted lo desea. Estará en el centro del proceso de elaboración de su ICP.

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

---

## H. Prima mensual del plan CCA One Care

Usted no pagará ninguna prima mensual a CCA One Care por su cobertura de salud.

Si paga una prima a MassHealth for CommonHealth, debe seguir pagando la prima a MassHealth para mantener su cobertura.

Los miembros que ingresan a un centro de atención de enfermería pueden tener que pagar un monto pagado por el paciente para mantener su cobertura de MassHealth. El monto pagado por el paciente es la contribución del miembro al costo de la atención en el centro. MassHealth le enviará un aviso detallado si se espera que usted pague un Monto pagado por el paciente.

---

## I. El Manual para miembros

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

Puede pedir un *Manual para miembros* llamando a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. También puede consultar el *Manual para miembros* en [www.ccama.org/onecare](http://www.ccama.org/onecare).

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



## J. Otra información importante que recibirá de nosotros

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de CCA One Care, información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos*.

### J1. Su tarjeta de identificación de miembro de CCA One Care

En virtud de nuestro plan, tendrá solo una tarjeta para sus servicios de Medicare y MassHealth, incluidos LTSS y medicamentos recetados. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta. A continuación encontrará un modelo de la tarjeta para que vea cómo será la suya:



Si su tarjeta se daña, o si la pierde o se la roban, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de MassHealth para obtener servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más tarde. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de CCA One Care, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para averiguar qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

### J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de CCA One Care. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Puede llamar a *Directorio de proveedores y farmacias* en cualquier momento llamando al Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en [www.ccama.org](http://www.ccama.org) o descargarlo de este sitio web.



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 12

Tanto Servicios para miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre nuestros proveedores de la red, incluidos proveedores de cuidado primario, especialistas, hospitales, proveedores de equipo médico duradero, farmacias de la red, centros de enfermería especializada y otros proveedores.

### Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de CCA One Care incluyen:
  - médicos, enfermeros, dentistas y otros profesionales de atención médica que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
  - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan;
  - agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) y otras personas que proporcionan bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o MassHealth;
  - servicios y apoyo a largo plazo; y
  - servicios de salud conductual alternativos.

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total. No tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos.

### Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que quiera comprar los medicamentos.
- Debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Para obtener más información u obtener una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

### J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* o *Farmacopea*. Nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos”, para abreviar. Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por CCA One Care.



La Lista de medicamentos también le indica si existen reglas o restricciones sobre los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org) o llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

#### **J4. Explicación de beneficios**

Cuando usa sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a entender y controlar los pagos de los medicamentos recetados de la Parte D. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB).

La EOB le informa el monto total que usted, otras personas en su nombre y nosotros hemos gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D, y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. El Capítulo 6 brinda más información sobre la EOB y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También hay una EOB disponible cuando usted la solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para miembros.

---

#### **K. Cómo mantener actualizado su registro centralizado del miembro**

Puede mantener su registro centralizado del miembro actualizado informándonos cuando su información cambie.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Utilizan su registro centralizado del miembro para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto cuestan.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener la información actualizada.

Infórmenos si alguna de estas situaciones se aplica a usted:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- obtiene otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge o del empleador de su pareja doméstica, o la compensación de los trabajadores;
- cualquier reclamo de responsabilidad civil, como un accidente de tránsito;
- ingreso a un centro de atención de enfermería u hospital;



- atención médica en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red;
- cambio en quién es su cuidador (o cualquier otra persona responsable de usted);
- forma parte o pasa a formar parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquier información cambia, comuníquenoslo llamando a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

### **K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)**

La información en su registro centralizado del miembro puede incluir información médica personal (personal health information, PHI). Las leyes nos exigen mantener la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección D.



## Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

---

### Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre CCA One Care y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su socio de atención y otras personas que puedan defenderlo en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

### Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios para miembros de CCA One Care.....	17
A1. Cuándo comunicarse con Servicios para miembros:.....	17
B. Cómo comunicarse con su socio de atención.....	20
B1. Cuándo comunicarse con su socio de atención.....	20
C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería.....	21
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería.....	21
D. Cómo comunicarse con el médico de salud mental de guardia.....	22
D1. Cuándo comunicarse con el médico de salud conductual de guardia.....	22
E. Cómo comunicarse con el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP).....	23
E1. Cuándo comunicarse con SHINE.....	23
F. Cómo comunicarse con Medicare.....	24
G. Cómo comunicarse con MassHealth.....	25
H. Cómo comunicarse con My Ombudsman.....	26
I. Cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO).....	27
I1. Cuándo comunicarse con la QIO.....	27



**A. Cómo comunicarse con Servicios para miembros de CCA One Care**

<b>LLAME</b>	<p>866-610-2273 La llamada es gratuita.</p> <p><b>Horario de atención:</b> de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.</p> <p><b>Horario de atención:</b> de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p>
<b>FAX</b>	617-426-1311
<b>POR CORREO</b>	<p>Commonwealth Care Alliance, Inc.                  Member Services Department                  30 Winter Street                  Boston, MA 02108</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ccama.org">www.ccama.org</a>

**A1. Cuándo comunicarse con Servicios para miembros:**

- preguntas sobre el plan
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
  - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
    - sus beneficios y servicios cubiertos, o
    - el monto de sus servicios de salud que cubriremos.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- apelaciones sobre su atención médica
  - una apelación es una manera de pedirnos cambiar una decisión de cobertura.



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 17

- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- quejas sobre su atención médica
  - Puede llamar a Servicios para miembros para presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que nos proporcionó o a la Organización para la Mejora de la Calidad (consulte la Sección H a continuación).
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación llamando a Servicios para miembros. (Consulte la sección anterior).
  - También puede enviar una queja sobre el derecho de CCA One Care a Medicare. Puede usar un formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.
  - También puede llamar a My Ombudsman para obtener ayuda con **cualquier** queja o para presentar una apelación. (Consulte la Sección I para obtener la información de contacto de My Ombudsman).
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados es una decisión sobre:
    - sus beneficios y medicamentos recetados cubiertos, **o**
    - el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados.
  - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, a los medicamentos recetados de MassHealth y a los medicamentos de venta libre de MassHealth. Dentro de la “**Lista de medicamentos**”, el plan de demostración doble (Dual Demonstration Plan, DP) significa que el artículo está cubierto por sus beneficios de MassHealth. Los medicamentos cubiertos por MassHealth están etiquetados con un DP en la tercera columna de la “Lista de medicamentos”.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F.



- apelaciones sobre sus medicamentos recetados
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F.
- quejas sobre sus medicamentos recetados
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja sobre el derecho de CCA One Care a Medicare. Puede usar un formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección 10.
- preguntas sobre el pago de atención médica, suministros médicos o medicamentos recetados o de venta libre que ya pagó.
  - Para obtener más información sobre el pago de una factura que recibió o para preguntarnos cómo reembolsarle los servicios o medicamentos recetados, consulte el Capítulo 7.
  - Si nos pide el pago de una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones.



## B. Cómo comunicarse con su socio de atención

El socio de atención es la persona que trabaja con usted, el plan de salud y su equipo de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Cuando se convierta en miembro de nuestro plan, se le asignará un socio de atención. Consulte el Capítulo 3, Sección C, para obtener más información sobre los socios de atención y cómo puede cambiar su socio de atención si no es adecuado para usted.

<b>TELÉFONO</b>	866-610-2273. La llamada es gratuita. <b>Horario de atención:</b> de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
<b>TTY</b>	711 La llamada es gratuita. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. <b>Horario de atención:</b> de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	617-426-1311
<b>POR CORREO</b>	Commonwealth Care Alliance, Inc. Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ccama.org">www.ccama.org</a>

### B1. Cuándo comunicarse con su socio de atención

- Tiene preguntas sobre su atención médica
- Tiene preguntas sobre la obtención de servicios médicos, servicios de salud mental, y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)
- Tiene preguntas sobre cómo obtener ayuda con alimentos, vivienda, empleo y otras necesidades sociales relacionadas con la salud
- Tiene preguntas sobre su Plan de atención personalizado (ICP)
- Tiene Preguntas sobre aprobaciones para servicios que sus proveedores han solicitado



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 20

- Tiene preguntas sobre los beneficios de los servicios cubiertos flexibles y cómo pueden solicitarse

## C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería

CCA One Care le brinda acceso las 24 horas a un profesional de atención médica calificado de guardia si necesita información y consejos médicos o de salud conductual. Cuando llame, un enfermero registrado, un clínico de salud conductual o una persona con formación equivalente responderá sus preguntas relacionadas con la salud general y el bienestar. Tienen acceso a su plan de atención personalizado (ICP) y pueden brindarle asesoramiento clínico con respecto a sus necesidades físicas o emocionales. Si tiene una necesidad de salud urgente, pero no es una emergencia, puede llamar a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana para realizar preguntas médicas, de salud conductual y sobre el consumo de sustancias.

<b>TELÉFONO</b>	<p>866-610-2273 La llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de asesoramiento de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.</p> <p>La Línea de asesoramiento de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

### C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería

- tiene preguntas sobre su salud



## D. Cómo comunicarse con el médico de salud mental de guardia

A través de la Línea de asesoramiento de enfermería, podemos conectarlo con un profesional clínico de salud conductual para que lo ayude con los síntomas de salud conductual o consumo de sustancias.

<b>TELÉFONO</b>	<p>866-610-2273 La llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de asesoramiento de enfermería ofrece apoyo de salud conductual y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.</p> <p>La Línea de asesoramiento de enfermería ofrece apoyo de salud conductual y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

### D1. Cuándo comunicarse con el médico de salud conductual de guardia

- Necesita ayuda durante una crisis de salud conductual
- Necesita ayuda durante una crisis por trastorno de consumo de sustancias



## E. Cómo comunicarse con el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. En Massachusetts, el programa SHIP se llama SHINE (servicio para la atención de necesidades de seguro de salud de todos [Serving the Health Information Needs of Everyone]).

SHINE no está conectado con ninguna aseguradora ni plan de salud.

<b>LLAME</b>	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
<b>TTY</b>	1-800-439-2370 (solo en Massachusetts). Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
<b>POR CORREO</b>	Llame al número que figura arriba para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:SHINE@state.ma.us">SHINE@state.ma.us</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/health-insurance-counseling">www.mass.gov/health-insurance-counseling</a>

### E1. Cuándo comunicarse con SHINE

- Tiene preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
  - Los asesores de SHINE pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarlo a:
    - comprender sus derechos;
    - comprender sus opciones de planes;
    - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento; **y**
    - solucionar problemas con sus facturas.



## F. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

<b>TELÉFONO</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048 La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov/">www.medicare.gov/</a></p> <p>Este es el sitio web oficial para Medicare. Brinda información actualizada acerca de Medicare También contiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, proveedores de atención médica, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de cuidados paliativos.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores local pueden ayudarlo a visitar este sitio web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare al número que figura más arriba para decirles qué información está buscando. Encontrarán información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>



## G. Cómo comunicarse con MassHealth

MassHealth ayuda con el costo de la atención médica y los servicios y el apoyo a largo plazo para personas con ingresos y recursos limitados.

Está inscrito en Medicare y en MassHealth. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de MassHealth, la información de contacto se encuentra a continuación.

<b>TELÉFONO</b>	1-800-841-2900
<b>TTY</b>	711 Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
<b>POR CORREO</b>	MassHealth Customer Service 55 Summer Street Boston, MA 02110
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:membersupport@mahealth.net">membersupport@mahealth.net</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/masshealth">www.mass.gov/masshealth</a>



## H. Cómo comunicarse con My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarlo si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o asistencia. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. El personal de mi Ombudsman:

- Responder sus preguntas o derivarlo al lugar correcto para encontrar lo que necesita.
- Ayudarlo a abordar un problema o inquietud con One Care o su plan CCA One Care. El personal de My Ombudsman lo escuchará, investigará el problema y analizará las opciones con usted para ayudarlo a resolver el problema.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitarle a su plan One Care, a MassHealth o a Medicare que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede indicarle cómo presentar una apelación e informarle qué puede esperar durante el proceso de apelación.
- Puede llamar o escribir a My Ombudsman. Consulte el sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada sobre la ubicación y los horarios de atención sin cita previa.

<b>TELÉFONO</b>	1-855-781-9898 (Línea gratuita)
<b>MassRelay y videollamada telefónica (VP)</b>	Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla. Videollamada (VP): 339-224-6831 Este número es para personas sordas o que tienen problemas auditivos.
<b>POR CORREO</b>	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4 <sup>th</sup> floor Boston, MA 02111
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:info@myombudsman.org">info@myombudsman.org</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.myombudsman.org">www.myombudsman.org</a>



## I. Cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

En Massachusetts, la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) se llama KEPRO. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. La QIO no está conectada con nuestro plan.

<b>LLAME</b>	1-888-319-8452
<b>TTY</b>	1-855-843-4776 Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
<b>POR CORREO</b>	KEPRO QIO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.keproqio.com">www.keproqio.com</a>

### I1. Cuándo comunicarse con la QIO

- Tiene preguntas sobre su atención médica.
  - Puede presentar una queja sobre la atención que recibió si:
    - tiene un problema con la calidad de la atención;
    - cree que la cobertura de su estancia en hospital finaliza demasiado rápido; ○
    - cree que los servicios de atención médica domiciliaria, en un centro de atención de enfermería especializada o un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) finaliza muy rápido.



## Capítulo 3: Utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

---

### Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con CCA One Care. También le informa sobre su socio de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluidos proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por los servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas para ser propietario de equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

### Índice

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” .....	30
B. Reglas para obtener su atención médica y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y otros servicios cubiertos por el plan .....	30
C. Coordinación de la atención .....	33
C1. Qué es la coordinación de la atención .....	33
C2. Cómo puede comunicarse con su socio de atención o coordinador de apoyos a largo plazo (LTS).....	34
C3. Cómo puede cambiar su socio de atención .....	34
D. Atención de su proveedor de cuidado primario, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red .....	34
D1 Atención de un proveedor de cuidado primario.....	34
D2. Atención de especialistas y de otros proveedores de la red.....	36
D3. Qué hacer cuando uno de sus proveedores abandona nuestro plan .....	37
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red .....	38
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) .....	39
F. Cómo obtener servicios de salud conductual.....	40
G. Cómo obtener atención autodirigida.....	41
G1. Qué es la atención autodirigida .....	41



G2. Quién puede obtener atención autodirigida .....	42
G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde).....	42
G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del equipo de atención que el miembro identifique .....	42
H. Cómo obtener servicios dentales y oftalmológicos .....	42
I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad de atención médica de urgencia o durante un desastre .....	43
I1. Atención cuando tiene una emergencia médica .....	43
I2. Atención de urgencia.....	46
I3. Atención durante un desastre.....	47
J. Qué hacer si le facturan directamente por los servicios cubiertos por nuestro plan.....	47
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan.....	48
K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	48
K1. Definición de un estudio de investigación clínica.....	48
K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	49
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica .....	49
L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando recibe atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica .....	50
L1. Definición de una institución religiosa de atención de la salud no médica .....	50
L2. Obtener atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica.....	50
M. Equipo médico duradero (DME).....	51
M1. Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan.....	51
M2 Propiedad de DME cuando cambia de One Care a Original Medicare o Medicare Advantage .....	51
M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan .....	52
M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage.....	52



---

## A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Los servicios incluyen atención médica, atención médica conductual, servicios y apoyo a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre (over-the-counter, OTC), equipos y otros. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. Los servicios cubiertos se enumeran en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores son médicos, enfermeros, médicos de salud conductual y otras personas que le brindan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de asistencia médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos, y servicios y apoyo a largo plazo.

Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total.

---

## B. Reglas para obtener su atención médica y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y otros servicios cubiertos por el plan

CCA One Care cubre los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth. Esto incluye salud conductual, servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y medicamentos recetados y de venta libre (OTC).

CCA One Care pagará la atención médica y los servicios que usted reciba si sigue las reglas del plan que se enumeran a continuación. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención que reciba debe ser un beneficio **del plan**. Esto significa que debe incluirse en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, Sección D de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios son razonables y necesarios:
  - para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión; ○
  - para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada; ○
  - médicamente necesario de cualquier otra forma en virtud de la ley de Medicare.
  - De acuerdo con las leyes y reglamentaciones de Medicaid, y según MassHealth, los servicios son médicamente necesarios si:



- Podrían calcularse razonablemente para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones que pongan en peligro su vida, le causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o causen una enfermedad o dolencia; **y**
- No hay otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione bien y que sea adecuado para usted y que sea menos costoso. La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con estándares de atención médica reconocidos profesionalmente, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha necesidad médica y calidad.

Si tiene alguna pregunta con respecto a la condición de médicamente necesario de algún servicio, puede llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

- Debe tener un **proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP)** que esté en nuestra red del plan (un PCP de la red). Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
  - Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 36.
  - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle la aprobación antes de que usted pueda consultar a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores fuera la red del plan. Esto se denomina **autorización previa**. Si no obtiene la aprobación por adelantado, es posible que CCA One Care no cubra los servicios. No necesita una derivación ni autorización previa para consultar a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización, consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4.
  - No necesita una derivación de su PCP ni autorización previa del plan para la atención de emergencia o de urgencia. También puede obtener otros tipos de atención sin tener una derivación de su PCP. Para obtener más información sobre esto, consulte la página 37.
  - **Nota:** En los primeros 90 días con nuestro plan o hasta que se complete su plan de atención personalizado (ICP), puede seguir consultando a sus proveedores actuales, sin costo para usted, si no forman parte de nuestra red. Este período se denomina continuidad de la atención (COC). Durante el período de COC, nuestro socio de atención se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores que se encuentren dentro de nuestra red.



Luego del período de COC, no seguiremos cubriendo su atención si decide consultar a proveedores fuera de la red.

- **Debe recibir atención médica de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. Pero a veces esta regla no se aplica, por ejemplo:
  - El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre lo que significa la atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección I, página 44.
  - Si necesita atención que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proporcionársela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener la aprobación por adelantado (autorización previa) de CCA One Care antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 39.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio está inaccesible o no disponible durante un período breve. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
  - Si necesita servicios de planificación familiar, puede obtener esos servicios de cualquier proveedor del plan One Care o de cualquier proveedor de servicios de planificación familiar contratado por MassHealth. Para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar, consulte el Capítulo 4, Sección D.
  - Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede continuar acudiendo a los proveedores que utiliza ahora para el período de continuidad de la atención (Continuity of Care, COC), definido en el Capítulo 1 de la página 9, y también en el Capítulo 12. El COC es por 90 días o hasta que se complete su plan de atención personalizado. Durante los 90 días o hasta que se completen la evaluación y su plan de atención personalizado (ICP), CCA One Care se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores dentro de nuestra red. También puede comunicarse con Servicios para miembros si necesita ayuda para encontrar proveedores en nuestra red. Luego de 90 días o cuando se completen la evaluación y su plan de atención personalizado (ICP), dejaremos de cubrir la atención que reciba de proveedores fuera de la red, a menos que hayamos aceptado hacerlo durante un período más largo



como parte de su plan de atención personalizado (ICP) o se aplique otra excepción, según lo descrito anteriormente.

---

## C. Coordinación de la atención

### C1. Qué es la coordinación de la atención

**La coordinación de la atención** incluye el desarrollo de su Plan de atención personalizado, apoyarlo en los objetivos de su plan de atención y verificar con usted, su equipo de atención y otros proveedores acerca de su atención y cómo funcionan las cosas. Un **socio de atención** lo ayuda a coordinar todos sus servicios para asegurarse de que usted reciba lo que necesita.

El socio de atención es la persona de contacto principal para usted (el afiliado) con su plan de salud para ayudarlo a usar sus beneficios de MassHealth y Medicare a fin de obtener la atención y los servicios que necesita. Esto incluye ayudarlo a obtener beneficios adicionales a través de su plan de salud que es posible que no haya podido obtener antes de inscribirse en One Care. Su socio de atención trabajará con usted para asegurarse de que su plan de salud sepa lo que necesita y cómo desea recibir sus servicios, y lo ayudará con las preguntas que tenga sobre cómo recibir atención. Su socio de atención también puede ayudarlo a conectarse con los recursos comunitarios. Al trabajar con usted y su equipo de atención, su socio de atención lo ayudará a elaborar un Plan de atención personalizado (ICP) que se actualizará si sus necesidades y preferencias cambian con el tiempo.

Todas las personas que se inscriban en un plan One Care también tienen derecho a tener un coordinador de apoyo a largo plazo (LTS) independiente en su equipo de atención.

Un coordinador de LTS trabajará con usted como miembro de su equipo de atención para encontrar recursos y servicios en su comunidad que puedan apoyar sus metas de bienestar, independencia y recuperación. Estos servicios a veces se denominan servicios y apoyo a largo plazo (LTSS). Los coordinadores de LTS también pueden ayudarlo a acceder a recursos y servicios de salud conductual.

Los coordinadores de LTS no trabajan para los planes de One Care. Proviene de organizaciones comunitarias independientes y son expertos en áreas como la vida independiente, la recuperación y el envejecimiento. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarlo a defender sus necesidades.

Puede elegir que un coordinador de LTS trabaje con usted como miembro completo de su equipo de atención en cualquier momento. Este es un servicio gratuito para usted.

El coordinador de LTS puede ayudar a evaluar sus necesidades y proporcionar recomendaciones para los servicios y apoyo a largo plazo que pueden ser mejores para usted. Dichos servicios pueden incluir, como ejemplos, asistentes de cuidado personal (personal care



attendants, PCA), servicios de limpieza, habilitación diurna, salud diurna para adultos, cuidado tutelar para adultos y cuidado tutelar grupal para adultos, apoyo de pares, transporte no médico y muchos otros tipos de apoyo.

Su coordinador de LTS también actuará como defensor en su nombre al realizar solicitudes a su socio de atención para la aprobación del servicio. Una vez que se aprueben los servicios, su coordinador de LTS trabajará como enlace entre usted, sus proveedores y el equipo de atención para ayudar a coordinar y administrar su plan de atención personalizado (ICP).

Los coordinadores de LTS trabajan para agencias comunitarias como los Centros de Vida Independiente (Independent Living Centers, ILC), los Centros de Aprendizaje de Recuperación (Recovery Learning Centers, RLC) y los Puntos de Acceso a Servicios para la Vejez (Aging Services Access Points, ASAP). Una vez que se inscriba en CCA One Care, lo llamaremos para programar un horario a fin de reunirse y realizar una evaluación integral. Como parte de esa evaluación, se le ofrecerá una derivación para un coordinador de LTS. En caso de que acepte la derivación, haremos los arreglos necesarios para que el coordinador de LTS se reúna con usted y lo ayude a evaluar sus necesidades de apoyo y servicios a largo plazo.

## **C2. Cómo puede comunicarse con su socio de atención o coordinador de apoyos a largo plazo (LTS)**

Si necesita comunicarse con un socio de atención o un coordinador de LTS, comuníquese con Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

## **C3. Cómo puede cambiar su socio de atención**

Puede solicitar un cambio en su socio de atención si no es adecuado para usted. Si necesita más formación o ayuda para cambiar su socio de atención, puede llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

---

## **D. Atención de su proveedor de cuidado primario, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red**

### **D1 Atención de un proveedor de cuidado primario**

Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que le proporcione y administre su atención.

### **Definición de “PCP” y lo que un PCP hace por usted**

#### **Qué es un PCP**

Su proveedor de cuidado primario (PCP) es el médico u otro proveedor que usted utiliza primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que obtenga la atención que



necesita para mantenerse saludable. Trabajaré con su equipo de atención. También puede hablar con otros médicos y proveedores sobre su atención y derivarlo a ellos.

CCA One Care tiene contratos con médicos de cuidado primario que conocen su comunidad y que han establecido relaciones laborales con especialistas, hospitales, proveedores de atención domiciliaria en la comunidad y centros de atención de enfermería especializada de su área. Estos pueden incluir Centros de Salud Rural (Rural Health Centers, RHC) y Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC) según se enumeran en nuestra red.

## Qué tipos de proveedores pueden ser un PCP

El PCP que seleccione puede ser un proveedor de cuidado primario, un profesional en enfermería, un auxiliar médico o un especialista en salud de las mujeres con autorización que cumpla con los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica general integral.

## El rol de un PCP

- **Coordinación de servicios cubiertos** Su PCP, junto con los demás miembros de su equipo de atención, es responsable de coordinar toda su atención médica. Su equipo de atención puede estar compuesto por su PCP, su socio de atención, el coordinador de servicios a largo plazo (coordinador de LTS o LTSC) y otros, si es necesario.
- **Ayuda a tomar decisiones sobre la autorización previa (aprobación antes de que pueda obtener un servicio)**. Se requiere la aprobación por adelantado (autorización previa) de CCA One Care para ciertos servicios antes de recibirlos. Su PCP trabaja en estrecha colaboración con Commonwealth Care Alliance para coordinar estos servicios cuando sea necesario. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa, consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D. Si bien algunos servicios no requieren autorización previa, siempre le recomendamos que hable con su PCP y equipo de atención para asegurarse de recibir todos los servicios adecuados.

Una vez que esté inscrito, su socio de atención, su PCP y cualquier otra persona que elija que participe como parte de su equipo de atención, como un cuidador, trabajarán con usted para desarrollar un **plan de atención personalizado (ICP)** para abordar sus necesidades de salud y apoyo, lo que refleja sus necesidades y objetivos personales. Usted y su equipo de atención volverán a evaluar sus necesidades al menos una vez al año, pero con más frecuencia si es necesario. Su socio de atención siempre se comunicará con usted para confirmar cualquier cambio.



## Su elección del PCP

Todos nuestros miembros deben tener un médico de cuidado primario (PCP) que tenga un contrato con nuestro plan. El PCP que usted elija puede ser un médico de cuidado primario con licencia, un enfermero especializado, un médico auxiliar o un especialista en salud de la mujer. En sus primeros 90 días en nuestro plan, nuestro especialista en incorporación de miembros trabajará con usted para elegir un PCP si es que no tiene uno. Si no identifica un PCP actual o no elige un PCP en el plazo de los 90 días posteriores a la inscripción, le asignaremos uno. Si necesita más formación o desea cambiar su PCP, puede llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

## Opción de cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Lo ayudaremos a encontrar un nuevo PCP si el que tiene abandona nuestra red. Trabajaremos con usted para ayudarle a identificar qué tan pronto puede hacer la transición al nuevo PCP.

Si su PCP abandona nuestra red, se lo informaremos por correo o por teléfono. Su socio de atención y Servicios para miembros lo ayudarán a elegir otro PCP para que pueda continuar recibiendo los servicios cubiertos. Para obtener más información o ayuda, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

## D2. Atención de especialistas y de otros proveedores de la red

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos brindan atención a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas brindan atención a pacientes con afecciones óseas, articulares o musculares.

Los proveedores de cuidado primario (PCP) tienen ciertos especialistas que utilizan para las derivaciones. Sin embargo, usted tiene cobertura para cualquier especialista que forme parte de nuestra red. Si hay especialistas específicos que desee consultar, debe preguntarle a su PCP si trabaja con esos especialistas y si están en nuestra red. Puede cambiar su PCP dentro de la red si desea consultar a un especialista a quien su PCP actual no puede derivarlo. Para obtener más información sobre cómo cambiar su PCP, consulte la sección **Cambiar su PCP** de este capítulo. También puede llamar a Servicios para miembros si necesita más información o ayuda.



Nuestro plan tiene contratos con ciertos centros que brindan atención para afecciones crónicas y agudas, y rehabilitación. Como miembro de CCA One Care, usted será derivado a hospitales contratados en los que su PCP tenga privilegios de admisión. Debe estar familiarizado con estos centros, que generalmente están ubicados en su comunidad. Consulte nuestro **Directorio de proveedores y farmacias** en [www.ccama.org](http://www.ccama.org) para encontrar centros dentro de la red del plan.

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

Se requiere autorización previa de CCA One Care (aprobación por adelantado) del plan para algunos de sus servicios antes de recibirlos. Su PCP/equipo de atención trabaja estrechamente con CCA One Care para coordinar estos servicios cuando sea necesario. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa, consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D. Si bien algunos servicios no requieren autorización previa, siempre le recomendamos que hable con su PCP y equipo de atención para asegurarse de recibir todos los servicios adecuados.

### **D3. Qué hacer cuando uno de sus proveedores abandona nuestro plan**

Un proveedor de la red que usted esté utilizando podría abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Realizaremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con, al menos, 30 días de antelación de manera que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
  - Si su proveedor de cuidado primario o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si es asignado al proveedor, recibe actualmente atención de ellos o los ha visto en los últimos tres meses.
- Le brindaremos asistencia para seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga tratando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo actualmente un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpan. Trabajaremos con usted para garantizar que eso suceda.



- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar un especialista fuera de la red para que le brinde atención, cuando un proveedor dentro de la red o beneficio no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. CCA One Care debe autorizar la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red antes de que solicite atención.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su atención médica no se está gestionando de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si se entera de que uno de nuestros proveedores abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos brindarle asistencia para encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención médica. Llame a Servicios para miembros para obtener más información o ayuda al 866-610-2273 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

#### **D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red**

Debe recibir atención médica de proveedores de la red. Generalmente, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con CCA One Care. Hay algunas excepciones a tener en cuenta:

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red en cualquier lugar de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información sobre qué significa la atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección I de este capítulo.
- Si necesita la atención que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proporcionarla, entonces puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. CCA One Care debe autorizar la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red antes de que solicite atención. En esta situación, cubriremos la atención sin costo para usted.
- El plan cubre la atención fuera de la red en circunstancias excepcionales. CCA One Care debe autorizar la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red antes de que solicite atención. En esa situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Si no obtiene la autorización por adelantado para recibir atención fuera de la red, usted será responsable del pago del servicio. Algunos ejemplos de circunstancias excepcionales que pueden justificar que reciba atención fuera de la red son los siguientes:



- Tiene una afección médica rara y los servicios no están disponibles a través de proveedores de la red.
- Los servicios están disponibles dentro de la red, pero no están disponibles en el tiempo que se requiere para tratar su afección médica.
- Su PCP/equipo de atención determina que un proveedor fuera de la red puede brindarle el servicio de mejor manera o hacer la transición a otro proveedor podría poner en peligro su vida, causar sufrimiento o dolor, o alterar significativamente el curso actual del tratamiento.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan durante un período breve. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si necesita servicios de planificación familiar, puede recibir esos servicios de cualquier proveedor de la red de CCA One Care o de cualquier proveedor de servicios de planificación familiar contratado por MassHealth.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede continuar viendo a los proveedores que consulta ahora durante 90 días o hasta que su plan de atención personalizado (ICP) esté completo. Durante los 90 días o hasta que se completen la evaluación y su plan de atención personalizado, CCA One Care se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores dentro de nuestra red. Luego de 90 días o cuando se completen la evaluación y su plan de atención personalizado (ICP), dejaremos de cubrir la atención que reciba de proveedores fuera de la red, a menos que hayamos aceptado hacerlo durante un período más largo como parte de su plan de atención personalizado (ICP) o se aplique otra excepción, según lo descrito anteriormente.

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

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o MassHealth.
- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o MassHealth, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare o MassHealth.

---

## E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) son servicios no médicos que ayudan a las personas a vivir de manera independiente en la comunidad. Algunos ejemplos de LTSS



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 39

incluyen cuidado personal, tareas domésticas, acompañante, programas diurnos, cuidado tutelar de adultos y transporte entre otros. Para recibir servicios y apoyo a largo plazo, necesitará una aprobación anticipada (autorización previa) del PCP/equipo de atención de Commonwealth Care Alliance. Su PCP/equipo de atención trabaja estrechamente con CCA One Care para coordinar estos servicios cuando sea necesario.

Su coordinador de apoyo a largo plazo (LTS) y/o socio de atención hablará con usted y analizará qué tipos diferentes de servicios están disponibles y cuáles podrían ser adecuados para usted. Su socio de atención o coordinador de LTS también lo ayudará a encontrar un proveedor adecuado y organizará que se le proporcionen estos servicios.

Consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información sobre los servicios cubiertos y los requisitos para obtener una autorización previa.

---

## **F. Cómo obtener servicios de salud conductual**

### **Qué son los servicios de salud conductual**

Los servicios de salud conductual son una amplia variedad de servicios que pueden respaldar las necesidades de salud conductual y consumo de sustancias que tenga. Dicho apoyo se define ampliamente para incluir servicios emocionales, sociales, educativos, vocacionales, de apoyo de pares y de recuperación, además de servicios psiquiátricos o médicos más tradicionales. Dichos servicios pueden proporcionarse en la comunidad, o cuando sea necesario, en su hogar, programa diurno u otro lugar que sea más cómodo para usted.

Nuestro plan también cubre servicios comunitarios de atención médica conductual que MassHealth denomina “servicios recreativos de salud conductual”. Estos son servicios que puede utilizar en lugar de ir al hospital o un centro para algunas necesidades de salud conductual. Estos servicios también están disponibles para apoyar su transición exitosa del hospital a la comunidad.

Consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información sobre los servicios de salud conductual y alternativos cubiertos y los requisitos para obtener una autorización previa.

### **Cómo obtener servicios de salud conductual**

Puede analizar los diversos servicios de salud conductual disponibles con su socio de atención y otros miembros de su equipo de atención, incluido su coordinador de LTS. Su socio de atención/coordinador de LTS le brindará apoyo para identificar recursos en la comunidad y le ayudará a acceder a las citas o programar una evaluación.

Su equipo de atención también puede incluir trabajadores de salud comunitarios u otros médicos de salud conductual que trabajarán con su socio de atención para garantizar que usted



tenga todo el apoyo que necesita para mantenerse saludable y permanecer en la comunidad. Un médico de salud conductual de CCA (si no es su socio en la atención) puede brindarle apoyo adicional en la medida en que sea necesario, incluida ayuda durante situaciones de crisis y transiciones de hospitales u otros servicios.

La mayoría de los servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios no requieren aprobación por adelantado (autorización previa); sin embargo, algunos servicios diversos y una cantidad limitada de servicios para pacientes ambulatorios pueden requerir autorización. Su socio de atención/equipo de atención trabajará con usted para identificar los servicios necesarios y obtener la autorización, según sea necesario. Si su socio de atención no está disponible, hay un equipo disponible las 24 horas que puede ayudarlo con la autorización de los servicios. Si necesita ayuda, llame al 866-610-2273 (TTY 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

CCA One Care también le brinda acceso las 24 horas a un médico de salud conductual de guardia a través de la Línea de asesoramiento de enfermería. Si se siente deprimido o experimenta síntomas de salud conductual o consumo de sustancias, llame al 866-610-2273 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Todos los miembros que soliciten apoyo de salud conductual y necesiten servicios cumplen con los requisitos para los servicios de salud conductual. Consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información sobre los servicios de salud conductual y los requisitos para obtener una autorización previa.

---

## G. Cómo obtener atención autodirigida

### G1. Qué es la atención autodirigida

La atención autodirigida reconoce que la persona tiene conocimiento sobre sus propias necesidades de atención, y la persona está facultada y es responsable de su propia atención, y pone énfasis en el cambio ambiental y la calidad de vida. La atención autodirigida enfatiza su capacidad, como consumidor, de:

- defender sus propias necesidades;
- tomar decisiones sobre qué servicios se adaptarían mejor a esas necesidades;
- monitorear la calidad de esos servicios.

El modelo autodirigido para los servicios de cuidado personal se denomina programa de asistente para el cuidado personal (PCA). En este modelo, los asistentes de cuidado personal son reclutados, contratados, capacitados, supervisados y, si es necesario, despedidos por el consumidor. No tiene que preocuparse por pagar las facturas usted mismo en este modelo. CCA One Care lo hará en su nombre.



## **G2. Quién puede obtener atención autodirigida**

Si cumple con los requisitos funcionales y clínicos para recibir servicios de cuidado personal, puede optar por autodirigir estos servicios a través del programa de asistente para el cuidado personal (PCA). La cantidad de servicios para los que usted cumple con los requisitos será aprobada por su equipo de atención y se basará en estándares que sean coherentes con los criterios establecidos por las reglamentaciones de MassHealth. Las agencias de administración de atención personal proporcionan apoyo y capacitación en habilidades, con sujeción a un contrato con CCA One Care, para proporcionar información a los miembros sobre lo que implica la autodirección y para obtener cualquier habilidad necesaria para administrar sus propios servicios, incluidos el reclutamiento, la contratación, la capacitación, la supervisión y el despido de asistentes de atención personal. CCA One Care trabajará con el “intermediario fiscal” para pagar las facturas por estos servicios en virtud del plan. En la atención autodirigida, usted no tiene que hacerse cargo del pago.

## **G3. Cómo obtener ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde)**

Puede pedirle a su socio de atención o coordinador de LTS que lo ayude a acceder a recursos para contratar asistentes de atención personal. Ellos lo pondrán en contacto con una agencia de administración de atención personal que puede proporcionarle capacitación en habilidades para asistirlo con las funciones del empleo. La agencia de administración de cuidado personal trabajará con usted para desarrollar las habilidades necesarias para supervisar el empleo de asistentes de cuidado personal y para participar en la resolución de problemas de manera colaborativa.

## **G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del equipo de atención que el miembro identifique**

Llame a Servicios para miembros para obtener más información al 866-610-2273 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

---

## **H. Cómo obtener servicios dentales y oftalmológicos**

### **Servicios de atención dental**

Nuestro plan proporciona acceso a beneficios dentales que incluyen atención médica dental preventiva, restauradora y de emergencia. Su cobertura incluye hasta dos limpiezas por año calendario y radiografías de aleta de mordida de rutina cada año calendario.

Debe acudir a un proveedor dental de la red para todos los servicios dentales cubiertos.

Algunos servicios requieren aprobación por adelantado (autorización previa) por parte de CCA One Care. Su dentista deberá presentar una autorización previa directamente a Skygen, nuestro administrador de beneficios dentales.



## Servicios oftalmológicos

El plan cubre la atención profesional de los ojos con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar todas las enfermedades patológicas. Incluyen exámenes oftalmológicos, recetas y anteojos y lentes de contacto.

Cubrimos exámenes oftalmológicos de rutina para miembros una vez por año de beneficios de oftalmólogos u optometristas que forman parte de nuestra red. También cubrimos un par de lentes base (simples, bifocales y trifocales) y marcos de hasta \$125. Una vez que haya recibido un examen oftalmológico de un proveedor, lleve su receta oftalmológica a un proveedor participante de VSP y conseguirá ahorros en anteojos.

No se requiere aprobación por adelantado (autorización previa) para los servicios ambulatorios proporcionados por un proveedor de la red. Pueden aplicarse limitaciones y requisitos de autorización para los marcos. Consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información sobre la atención oftalmológica y las limitaciones que pueden aplicarse.

Para encontrar un proveedor de la vista participante, utilice nuestro Directorio de proveedores y farmacias en nuestro sitio web en [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Asimismo, puede llamar a VSP para obtener ayuda al 855-492-9028 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

**Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.**

---

## I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad de atención médica de urgencia o durante un desastre

### I1. Atención cuando tiene una emergencia médica

#### Definición de una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en:

- riesgo grave para su salud o la de su bebé en gestación; ●
- daño grave a las funciones corporales; ●
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ●



- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
  - no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto;
  - una transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su bebé en gestación.

## Qué hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si es necesario, llame a una ambulancia. **No** necesita obtener aprobación ni una derivación primero. No necesita usar un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- **Asegúrese lo antes posible de informar a nuestro plan de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted, u otra persona, deben llamar para informarnos su atención de emergencia, en general, en el plazo de las 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar por servicios de emergencia debido a una demora en informarnos. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

## Servicios cubiertos en una emergencia médica

Puede obtener atención de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan lo cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores que le brindan su atención de emergencia deciden en qué momento se estabiliza la afección y cuándo finaliza la emergencia médica. Continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento a fin de mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Luego de la finalización de la emergencia, tiene derecho a recibir atención de posestabilización y seguimiento para asegurarse de que su enfermedad continúe estable, mejore o se resuelva. Esto puede requerir atención adicional en un hospital para pacientes hospitalizados, un entorno



ambulatorio, un centro de atención de enfermería especializada o un centro de rehabilitación. Tenemos la obligación de responder a las solicitudes de aprobación para la atención posterior a la estabilización en el plazo de una hora de la solicitud. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento adecuada y estamos disponibles para consultar con sus proveedores de atención médica y equipo de atención tratante para determinar los próximos pasos adecuados en el tratamiento. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan. Nuestro objetivo es garantizar que sus necesidades de atención durante el período de posestabilización no se vean afectadas por los requisitos de autorización.

Ni nuestro plan ni Medicare cubren la atención de emergencia ni ninguna otra atención que usted reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

### **Qué hacer si tiene una emergencia de salud conductual**

Las emergencias de salud conductual incluyen sentimientos de querer lastimarse a sí mismo o de lastimar a otra persona. Si tiene una emergencia de salud conductual, puede llamar al 911 para obtener asistencia o acudir a la sala de emergencias del hospital más cercano, como es el caso de emergencias médicas.

También tiene la opción de llamar al programa de servicio de emergencia psiquiátrica que se encuentra en su área. Muchas personas de todo el estado han utilizado este servicio en lugar de ir a la sala de emergencias de un hospital y creen que esta es una mejor opción. En algunas situaciones, aunque no en todas, el personal del programa de servicios de emergencia puede venir a su hogar o verlo en un centro de atención de urgencia designado.

CCA One Care también cuenta con un médico de salud conductual disponible las 24 horas en caso de que necesite apoyo o recursos para los síntomas de salud mental o consumo de sustancias. Llame a la Línea de asesoramiento de enfermería al 866-610-2273 (TTY 711) para hablar con nuestro médico de salud del comportamiento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### **Obtener atención de emergencia si no fue una emergencia**

En ocasiones, puede ser muy difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Podría ir en busca de atención de emergencia, pero el proveedor de atención médica puede decir que no es realmente una emergencia. Siempre que haya sido razonable que usted piense que su salud estuvo en grave peligro, cubriremos su atención.



Sin embargo, después de que el proveedor de atención médica diga que no fue una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si:

- consulta a un proveedor de la red, **o**
- la atención que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención. (Consulte la siguiente sección).

## **12. Atención de urgencia**

### **Definición de atención de urgencia**

La atención de urgencia es la atención que usted recibe por una situación que no es una emergencia, pero que aún necesita atención inmediata. Por ejemplo, es posible que tenga una exacerbación de una afección existente o dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana y que necesite tratamiento.

### **Atención de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan**

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención de urgencia solo si:

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

Sin embargo, si no es posible o no es razonable obtener un proveedor de la red, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Tenga en cuenta las siguientes opciones para cuando necesite atención de urgencia:

1. Llame a su médico de cuidado primario (PCP). Su PCP puede analizar sus inquietudes y aconsejarle qué hacer a continuación.
2. Busque centros de atención de urgencia cerca de su hogar. Es posible que, en algunos centros, pueda atenderse sin haber programado una cita previamente. Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia, llame a Servicios para miembros al: 866-610-2273.
3. Llame a la Línea de asesoramiento de enfermería de CCA al 866-610-2273. Será su canal de contacto 24/7 con nuestro equipo clínico de enfermeros y médicos de salud conductual cada vez que tenga un problema de salud inesperado.
4. Hable con su equipo de atención de CCA. Su equipo de atención está aquí para satisfacer sus necesidades médicas o de salud conductual.
5. Solicite una visita en el hogar de instED. InstED puede brindarle servicios de atención de urgencia en la comodidad y conveniencia de su hogar. Cuando llame a instED, un enfermero revisará sus inquietudes y coordinará una visita con un paramédico. Comuníquese con instED llamando al 833-946-7833 o visitando su sitio web en



[www.insted.us](http://www.insted.us), y solicite una visita para satisfacer sus necesidades urgentes de atención médica.

Toda la atención de urgencia y las visitas sintomáticas al consultorio o al hogar están disponibles en el plazo de las 48 horas, por lo que se lo evaluará en un consultorio o en su hogar. Todas las visitas al consultorio no sintomáticas están disponibles en el plazo de los 30 días calendario.

### **Atención de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan**

Cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención de urgencia ni ninguna otra atención que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

### **I3. Atención durante un desastre**

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

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre declarado: [www.ccama.org](http://www.ccama.org)

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

---

### **J. Qué hacer si le facturan directamente por los servicios cubiertos por nuestro plan**

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos la factura.

**No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el dinero.**

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer.



## **J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan**

CCA One Care cubre todos los servicios:

- que son médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D), **y**
- que obtiene al seguir las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo.**

Si desea saber si pagaremos por algún servicio o atención médica, tiene derecho a solicitarnos verbalmente o por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 explica qué hacer si desea que el plan pague por un servicio médico que generalmente no paga. También le indica cómo apelar una decisión sobre un servicio. Asimismo, puede llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, para obtener más información sobre esto.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios para miembros para averiguar cuáles son los límites y qué tan cerca está de alcanzarlos.

---

## **K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica**

---

### **K1. Definición de un estudio de investigación clínica**

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los proveedores de atención médica prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente pide voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted desea participar y usted manifieste interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y averiguará si usted reúne los requisitos para participar en él. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con las condiciones requeridas. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.



Mientras participe en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esa manera, puede continuar recibiendo atención de nuestro plan no relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos u obtener aprobación de nuestra parte ni de su médico de cuidado primario. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (national coverage determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (investigational device trials, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

### **Debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su socio de atención deben comunicarse con Servicios para miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

## **K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica**

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- habitación y comida para una estancia en hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio,
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación; **y**
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones de la nueva atención.

Si usted forma parte de un estudio que Medicare **no ha aprobado**, tendrá que pagar cualquier costo por participar en el estudio.

## **K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica**

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica si lee “Medicare & Clinical Research Studies” (“Medicare y los estudios de investigación clínica”) en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048.



## L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando recibe atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica

### L1. Definición de una institución religiosa de atención de la salud no médica

Una institución religiosa de atención de la salud 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 sus creencias religiosas, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica.

Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención de la salud no médica).

### L2. Obtener atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica

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

- La atención o tratamiento médico “no exceptuado” es toda atención o tratamiento médico que sea **voluntario** y **no requerido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- La atención o tratamiento médico “exceptuado” es toda atención o tratamiento médico que sea **involuntario** y **requerido** por ninguna ley federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Los servicios se limitan a aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios en un centro, se aplica lo siguiente:
  - Los servicios deben ser para una afección médica que cubriríamos como atención médica para pacientes hospitalizados o en centros de atención de enfermería especializada.
  - Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de que lo ingresen en el centro. De lo contrario, su estancia no tendrá cobertura.

No hay límite de cobertura para este beneficio. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados, consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.



## M. Equipo médico duradero (DME)

### M1. Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El DME incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital que solicite un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre tendrá ciertos artículos, como prótesis.

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Como miembro de CCA One Care, generalmente no será propietario del DME que alquile, independientemente de cuánto tiempo lo alquile.

Hay algunos tipos de equipos de alquiler (alquiler limitado) que solo se alquilan hasta 13 meses; después de 13 meses de alquiler, el artículo se considera propiedad del miembro. En esta sección, analizamos situaciones en las que se alquilará o comprará el DME para usted.

En Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias después de 13 meses.

Si su necesidad de equipo médico duradero es temporal, CCA One Care 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 usted tenga una necesidad a largo plazo del artículo y esté 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 médicos del Capítulo 4 para obtener más información sobre los equipos médicos duraderos. Llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, para obtener más información sobre los requisitos.

Incluso si tuvo el DME durante un máximo de 12 meses consecutivos en virtud de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, no será propietario del equipo.

### M2 Propiedad de DME cuando cambia de One Care a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias de este después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de tenerlos.

**Nota:** Puede encontrar definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare y usted 2024*. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare



([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos en virtud de Original Medicare, o tendrá que hacer la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan Medicare Advantage, para ser propietario del artículo de DME si:

- usted no se convirtió en el propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan; y
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o del plan Medicare Advantage no cuentan para los pagos que debe realizar después de abandonar nuestro plan.**

- Tendrá que realizar 13 pagos nuevos seguidos en Original Medicare o una serie de pagos nuevos seguidos establecidos por el plan Medicare Advantage para ser propietario del artículo de DME.
- No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare o a un plan Medicare Advantage.

### **M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan**

Si califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno
- suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- tubería y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

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

### **M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage**

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos



mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de que lo alquile por 36 meses:**

- su proveedor debe proporcionar el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno durante otros 24 meses;
- su proveedor debe proporcionar equipos y suministros de oxígeno durante un máximo de 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno aún es médicamente necesario **al final del período de 5 años:**

- su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor;
- comienza un nuevo período de 5 años;
- alquilará a un proveedor durante 36 meses;
- su proveedor debe proporcionar el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno durante otros 24 meses;
- un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su plan Medicare Advantage qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



## Capítulo 4: Tabla de beneficios

---

### Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre *CCA One Care* y sobre cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa acerca de los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

### Índice

A. Sus servicios cubiertos .....	55
A1. Durante emergencias de salud pública .....	55
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios.....	56
C. Tabla de beneficios de nuestro plan.....	56
D. La Tabla de beneficios .....	57
E. Beneficios cubiertos fuera de CCA One Care.....	125
E1. Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) .....	125
E2. Servicios de agencias estatales .....	126
F. Beneficios no cubiertos por CCA One Care, Medicare o MassHealth .....	126



---

## A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa qué servicios cubre CCA One Care. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5, y la información sobre lo que usted paga por los medicamentos se encuentra en el Capítulo 6, Sección C. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Con CCA One Care, usted no paga nada por los servicios cubiertos en este capítulo siempre y cuando siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, para obtener detalles sobre las reglas del plan. Esta Lista de servicios cubiertos es solo para su información general. Llame a CCA One Care para obtener la información más actualizada. Las regulaciones de MassHealth son uno de los factores que controlan los servicios y beneficios disponibles para usted. Para acceder a las reglamentaciones de MassHealth:

- Visite el sitio web de MassHealth en [www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth); o
- Llamando al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 o al número TTY 1-800-497-4648 (para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su socio de atención. Comuníquese con Servicios para miembros para contactar con su socio de atención al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

### A1. Durante emergencias de salud pública

Si el gobernador de Massachusetts, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declara una emergencia de salud pública en su área geográfica, usted aún tiene derecho a obtener atención médica de CCA One Care.

Hable con su socio de atención o llame a Servicios para miembros a fin de obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una emergencia declarada.

Durante una emergencia declarada, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

---

## B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios

No permitimos que los proveedores de CCA One Care le facturen los servicios cubiertos. Nunca debe recibir una factura de un proveedor de la red por los servicios cubiertos. Si lo hace, consulte el **Capítulo 7** o llame a Servicios para miembros.

---

## C. Tabla de beneficios de nuestro plan

Las Tablas de beneficios de la Sección D le indican qué servicios cubre el plan. En ella, se enumeran y se explican los servicios cubiertos.

**Pagaremos por los servicios enumerados en las Tablas de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes reglas.** No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura mencionados a continuación.

- Sus servicios cubiertos por Medicare y MassHealth deben proporcionarse de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y MassHealth.
- Los servicios (incluidos la atención médica, la atención de la salud conductual, los servicios y apoyo a largo plazo, otros servicios, suministros y equipos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita razonablemente los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o a un asilo de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica y que aquí no hay otro servicio similar y menos costoso adecuado para usted.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con CCA One Care. En la mayoría de los casos, el plan no cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 tiene más información sobre el uso de proveedores de la red y fuera de la red.
- Algunos de los servicios enumerados en las Tablas de beneficios están cubiertos solo si su equipo de atención, médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa (Prior Authorization, PA) están marcados en la Tabla de beneficios médicos en **negrita y cursiva**.



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

- Algunos de los servicios de las Tablas de beneficios están cubiertos solo si usted y su equipo de atención deciden que son adecuados para usted y que están en su plan de atención personalizado (ICP).

**D. La Tabla de beneficios**

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>El plan cubre un examen de ultrasonido por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una orden de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios de aborto</b></p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores dentro de la red o de MassHealth.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b></p> <p>El plan pagará hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, que se define como aquel que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dura 12 semanas o más;</li> <li>• no es específico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa);</li> <li>• no está asociado a una cirugía; <b>y</b></li> <li>• no está asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted muestra una mejora. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si no mejora o si empeora.</p> <p><b>Cobertura de acupuntura adicional</b></p> <p>Nuestro plan cubre acupuntura en virtud del beneficio de MassHealth además de los servicios cubiertos por Medicare mencionados anteriormente.</p> <p>El plan cubre 36 visitas en total por año calendario a través de MassHealth, a menos que su plan lo autorice de otro modo. Las 36 sesiones no se suman a las 20 sesiones cubiertas anteriormente mencionadas si recibe servicios de acupuntura para tratar el dolor en la parte baja de la espalda.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de salud diurnos para adultos</b></p> <p>El plan cubre servicios de proveedores de atención médica diurna para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de enfermería y supervisión de la salud</li> <li>• terapia</li> <li>• asistencia con las actividades de la vida diaria</li> <li>• servicios nutricionales y dietéticos</li> <li>• servicios de asesoramiento</li> <li>• actividades</li> <li>• administración de casos</li> <li>• transporte</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	\$0
<p><b>Servicios de cuidado tutelar para adultos</b></p> <p>El plan cubre servicios de proveedores de cuidado tutelar para adultos en un entorno residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asistencia con las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal</li> <li>• supervisión</li> <li>• supervisión de enfermería</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	\$0
<p><b>Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</b></p> <p>El plan cubre el examen de detección de abuso de alcohol.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo en la prueba de detección de abuso de alcohol, el plan cubre sesiones de asesoramiento con un médico o proveedor de cuidado primario calificado en un entorno de cuidado primario.</p>	\$0



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia fija, rotativa y terrestre. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. El plan debe aprobar los servicios de ambulancia para otros casos.</p> <p>En casos que <b>no</b> sean emergencias, el plan puede pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud.</p> <p><i>Los servicios de ambulancia de emergencia no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</i></p> <p>No se requiere autorización previa para todos los servicios de ambulancia de emergencia dentro o fuera de la red. <a href="#">P</a></p> <p><b><i>Se requiere autorización previa para todos los transportes para casos que no son de emergencia. Consulte la sección Transporte más adelante en este cuadro para obtener más información.</i></b></p>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios de audiólogo</b></p> <p>El plan cubre exámenes y evaluaciones de audiólogos (audición).</p> <p>Consulte “Servicios de audición” más adelante en esta sección para obtener más información sobre servicios de audición y audífonos.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>El plan cubre ciertos procedimientos para miembros que califican (generalmente, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis).</p> <p>Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad ósea. El plan también cubrirá a un proveedor de atención médica que observe y comente los resultados.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad</li> <li>• una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más</li> <li>• exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses</li> </ul> <p>El plan también puede cubrir exámenes de detección y exámenes clínicos adicionales cuando sean médicamente necesarios en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</b></p> <p>El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con la orden de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas <b>intensivos</b> de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas estándar de rehabilitación cardíaca.</p> <p><b>Se requiere autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (corazón) (terapia para enfermedad cardíaca)</b></p> <p>El plan cubre visitas a su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su PCP puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● analizar el uso de aspirina</li> <li>● medir su presión arterial</li> <li>● darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	\$0
<p><b>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</b></p> <p>El plan cubre análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez. Estos análisis de sangre también detectan defectos debido al alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	\$0
<p><b>Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</b></p> <p>El plan cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	\$0
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>El plan cubre ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación, las visitas al consultorio y los servicios de radiología.</p> <p>El plan cubre hasta 36 visitas en total sin autorización previa por año calendario, a menos que el plan autorice lo contrario. Se pueden aprobar visitas adicionales si se alinean con su Plan de atención personalizado (ICP).</p>	\$0



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia o enema de bario de detección previos.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un riesgo alto después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Análisis de sangre oculta en heces de detección para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• Prueba multidiagnóstica de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.</li> <li>• Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare tenga un resultado positivo.</li> </ul>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de centros de salud comunitarios</b></p> <p>El plan cubre los servicios de un centro de salud comunitario. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● visitas al consultorio del proveedor de cuidado primario y especialistas</li> <li>● obstetricia/ginecología y atención prenatal</li> <li>● servicios pediátricos, incluida la evaluación, diagnóstico y tratamiento periódico temprano (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)</li> <li>● educación para la salud</li> <li>● servicios sociales médicos</li> <li>● servicios de nutrición, incluida la capacitación para el autocontrol de la diabetes y la terapia de nutrición médica</li> <li>● servicios para dejar de fumar</li> <li>● vacunas no cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, MDPH)</li> </ul> <p>Consulte el Capítulo 6, para obtener más información sobre las vacunas.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Orientación para dejar de fumar o dejar de consumir tabaco</b></p> <p>Como servicio preventivo, el plan cubre el asesoramiento para los intentos de dejar de fumar.</p> <p>El plan cubre 16 visitas en total por año calendario, a menos que se autorice de otro modo en su plan.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de habilitación diurna</b></p> <p>El plan cubre un programa de servicios ofrecidos por proveedores de habilitación diurna si usted califica porque tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo. En este programa, usted desarrolla un plan de servicio que incluye sus metas y objetivos, y las actividades para ayudarlo a cumplirlos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● servicios de enfermería y supervisión de la atención médica</li> <li>● capacitación sobre habilidades de desarrollo</li> <li>● servicios de terapia</li> <li>● habilidades para la vida/capacitación para la vida diaria de adultos</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>El plan cubre atención médica oral preventiva, restaurativa y de emergencia. Servicios dentales que no son de rutina (cubiertos por Medicare) Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación del cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.</p> <p>Cubrimos estos servicios conforme al beneficio de MassHealth:</p> <p><u>Prevención y diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios preventivos, como limpiezas</li> <li>• Exámenes de rutina</li> <li>• Radiografías</li> </ul> <p><u>Odontología reconstructiva:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empastes</li> <li>• Corona</li> <li>• Corona de reemplazo</li> <li>• Terapia endodóntica (tratamientos de conducto)</li> </ul> <p><u>Periodoncia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alisado radicular y eliminación del sarro</li> <li>• Mantenimiento periodontal</li> </ul> <p><u>Prótesis dentales (extraíbles):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentaduras postizas completas</li> <li>• Dentaduras postizas parciales</li> <li>• Dentaduras postizas inmediatas (una vez de por vida)</li> <li>• Revestimientos y ajustes de dentaduras postizas completas</li> </ul> <p><u>Prostodoncia (fija):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes, 2 implantes anteriores por arco, cuando sea necesario para sostener una dentadura postiza completa</li> </ul> <p><u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracciones (extracción de dientes)</li> <li>• Biopsia y cirugía de tejidos blandos</li> <li>• Alveoloplastia</li> </ul> <p>Injertos óseos</p> <p><b>Estos servicios tienen cobertura sin autorización previa:</b></p>	<p>\$0</p>
---	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de rutina y radiografías</li> <li>• Servicios preventivos, incluidas las limpiezas</li> <li>• Empastes restauradores</li> <li>• Servicios periodontales no quirúrgicos (limpiezas y mantenimiento)</li> <li>• Dentaduras postizas completas y recubrimientos (después de 6 meses de la colocación inicial)</li> <li>• Dentaduras postizas parciales y recubrimientos (después de 6 meses de la colocación inicial)</li> <li>• Extracciones no quirúrgicas</li> <li>• Atención de emergencia</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa para todos los demás servicios.</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las limpiezas preventivas y las evaluaciones bucales periódicas están cubiertas dos veces por año calendario.</li> <li>• Las dentaduras postizas completas y parciales tienen cobertura una vez cada cinco años. Pueden aplicarse otras limitaciones.</li> <li>• Las coronas tienen cobertura una vez cada cinco años. Pueden aplicarse otras limitaciones.</li> <li>• La cobertura adicional se basa en la necesidad médica.</li> <li>• Se aplican limitaciones de beneficios para ciertos servicios dentales.</li> </ul> <p>En el caso de que sea necesario hacer aportes clínicos para determinar si un curso de tratamiento es adecuado, CCA One Care se reserva el derecho de hacer que un experto dental revise el plan de tratamiento que su dentista ha propuesto.</p> <p>Los servicios que requieren autorización deben ser enviados directamente por el proveedor dental de la red tratante a nuestro administrador de beneficios dentales, Skygen, para su revisión. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.</p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Prueba de detección de depresión</b></p> <p>El plan cubre el examen de detección de depresión. La detección debe realizarse en un entorno de cuidado primario que pueda brindar tratamiento de seguimiento.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Prueba de detección de diabetes</b></p> <p>El plan cubre el examen de detección de diabetes (incluye pruebas de glucosa en ayunas).</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Capacitación para el autocontrol, servicios y suministros para la diabetes</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes o prediabetes (incluso si no usan insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Suministros para controlar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un monitor de glucosa en sangre</li> <li>○ tiras reactivas para medir la glucosa en sangre</li> <li>○ lancetas y dispositivos de lancetas</li> <li>○ soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores</li> </ul> </li> <li>● Para las personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave, el plan cubre lo siguiente:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas), ●</li> <li>○ zapatos de profundidad (incluidas las plantillas extraíbles no personalizadas).</li> </ul> <p>El plan cubre el ajuste de los zapatos terapéuticos moldeados a medida y zapatos de profundidad.</p> </li> <li>● En algunos casos, el plan cubre la capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes.</li> </ul> <p>Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.</p> <p>Nuestro plan tiene contratos con Abbott Diabetes Care y LifeScan, proveedores preferidos, para suministrar glucómetros y tiras reactivas a nuestros miembros con diabetes. Estos productos incluyen: medidor FreeStyle Precision Neo®, tiras reactivas FreeStyle Precision Neo®, medidor FreeStyle Lite®, medidor FreeStyle Freedom Lite®, tiras reactivas FreeStyle Lite®, lancetas FreeStyle®, tiras reactivas Freestyle®, tiras reactivas Freestyle InsuLinx®, medidor Precision Xtra®, tiras reactivas Precision Xtra®, tiras reactivas Precision Xtra Beta Ketone®, medidor OneTouch Ultra 2®, medidor OneTouch Ultra Mini®, tiras reactivas OneTouch Ultra®, medidor OneTouch Verio®, medidor OneTouch Verio® Reflect, medidor OneTouch Verio® Flex, tiras reactivas OneTouch Verio®, lancetas OneTouch Delica®, lancetas OneTouch Delica® Plus, lancetas OneTouch Delica® Ultrasoft.</p>	<p>\$0</p>
--	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Capacitación para el autocontrol, servicios y suministros para la diabetes (continuación)</b></p> <p><i>Se requiere autorización previa para recibir glucómetros y medidores terapéuticos continuos de glucosa (therapeutic continuous glucose monitor, CGM). Ciertas tiras reactivas para diabéticos pueden requerir autorización previa en circunstancias específicas.</i></p> <p><i>Se requiere autorización previa para zapatos terapéuticos moldeados a medida y zapatos profundos.</i></p> <p>Puede obtener un glucómetro nuevo y tiras reactivas solicitando una nueva receta a su proveedor para surtirla en su farmacia local. También puede llamar a LifeScan al 1-800-227-8862 o visitar <a href="http://www.lifescan.com">www.lifescan.com</a>. O bien, llame a Abbott Diabetes Care al 1-800-522-5226 o visite <a href="http://www.AbbottDiabetesCare.com">www.AbbottDiabetesCare.com</a>.</p> <p>No se requiere autorización previa para capacitaciones sobre el autocontrol de la diabetes, los servicios para diabéticos y otros suministros para diabéticos proporcionados por un proveedor de la red.</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Equipo médico duradero (DME), incluidos suministros relacionados, piezas de repuesto, capacitación, modificaciones y reparaciones</b></p> <p>(Para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12, como así también el Capítulo 3, Sección M de este manual).</p> <p>Los siguientes elementos son ejemplos de DME que están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sillas de ruedas</li> <li>• muletas</li> <li>• sistemas de colchones eléctricos</li> <li>• suministros para diabéticos</li> <li>• camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar</li> <li>• bombas de infusión intravenosa (IV)</li> <li>• dispositivos generadores de voz</li> <li>• equipos y suministros de oxígeno</li> <li>• nebulizadores</li> <li>• andadores</li> <li>• Respuesta ante emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS)</li> </ul> <p>Otros artículos de DME pueden estar cubiertos, incluidas ayudas ambientales o tecnología de asistencia/adaptación. El plan también puede cubrirle el aprendizaje sobre cómo usar, modificar o reparar su artículo de DME. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos otros artículos y servicios de DME son adecuados para usted y estarán en su plan de atención personalizado (ICP).</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y MassHealth generalmente pagan. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted.</p> <p>Pueden aplicarse límites a ciertos DME.</p>	<p>\$0</p>
---	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Se requiere autorización previa para los suministros para pruebas de diabetes de fabricantes no preferidos (monitores de glucosa y tiras reactivas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para obtener ayuda a fin de determinar los requisitos de autorización o los límites de beneficios, llame a Servicios para miembros.</li> </ul>	



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Atención médica de emergencia</b></p> <p>La “atención de emergencia” se refiere a los servicios que cumplen con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● es proporcionada por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia; <b>y</b></li> <li>● es necesaria para tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una “emergencia médica” es una afección médica que cualquier persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina podría esperar es tan grave que si no recibe atención médica inmediata, podría derivar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● riesgo grave para su salud o la de su bebé en gestación; ●</li> <li>● daño grave a las funciones corporales; ●</li> <li>● disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ●</li> <li>● en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto; ●</li> <li>○ la transferencia a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su bebé en gestación.</li> </ul> </li> </ul> <p>Puede obtener atención médica de emergencia cuando lo necesite, en cualquier parte en los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>La atención de emergencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que se continúe pagando su atención.</p> <p><b>Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención para pacientes hospitalizados <i>solo si el plan aprueba su hospitalización continuada.</i></b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

**Servicios de planificación familiar**

Puede elegir cualquier proveedor de la red de CCA One Care o un proveedor de MassHealth para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa que puede elegir cualquier proveedor de atención médica, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.

El plan cubre los siguientes servicios:

- Examen de planificación familiar y tratamiento médico
- Pruebas de diagnóstico y de laboratorio para planificación familiar
- Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, DIU, inyecciones o implantes)
- Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma o capuchón)
- Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad
- Asesoramiento y pruebas para infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, ITS), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH
- Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario de consentimiento para esterilización federal. Deben transcurrir al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firme el formulario y la fecha de la cirugía.
- Asesoramiento genético

El plan también pagará algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:

- Tratamiento para enfermedades médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada)
- Tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH
- Pruebas genéticas

Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>No se requiere autorización previa para los servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores dentro de la red o de MassHealth.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa para las pruebas genéticas.</i></b></p>	
<p><b>Atención de reafirmación de género</b></p> <p>La disforia de género describe el descontento grave que una persona siente por su sexo biológico y/o sexo asignado al nacer.</p> <p>El plan cubre el tratamiento de la disforia de género, incluidos los servicios de reasignación de género. Los servicios pueden incluir los siguientes: terapia hormonal, mastectomía, aumento de mamas, histerectomía, salpingectomía, ooforectomía o cirugía reconstructiva genital.</p> <p>Los servicios y procedimientos que se consideran cosméticos y la cirugía de reversión de reasignación de género no tienen cobertura.</p> <p>Para obtener más información o ayuda, comuníquese con su socio de atención.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	<p>\$0</p>
<p><b>Cuidado grupal para adultos</b></p> <p>El plan cubre los servicios proporcionados por proveedores de cuidado adoptivo grupal para adultos para los miembros que califican. Estos servicios se ofrecen en un entorno de vivienda respaldado por grupos y pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● asistencia con las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal</li> <li>● supervisión</li> <li>● supervisión de enfermería</li> <li>● administración de la atención</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Programas de educación sobre salud y bienestar</b></p> <p>El plan cubre todos los programas de educación sobre salud y bienestar cubiertos por Medicare y MassHealth. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dejar de fumar y consumir tabaco (consulte también “Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco” anteriormente en esta sección)</li> <li>• Acceso a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (consulte el Capítulo 2, Sección C, para obtener más información sobre cómo acceder a la Línea de asesoramiento de enfermería)</li> <li>• Educación para la salud y recursos para vivir bien en el hogar (consulte “Servicios del centro de salud comunitario” anteriormente en esta sección)</li> <li>• Educación sobre nutrición (consulte también “Servicios del centro de salud comunitario” anteriormente en esta sección y “Terapia de nutrición médica” más adelante en esta sección para obtener más información sobre los servicios cubiertos)</li> <li>• Programas de autogestión de cuidados complejos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la diabetes y la insuficiencia cardíaca</li> <li>• Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención (consulte también “Servicios y suministros para enfermedades renales” más adelante en esta sección para obtener más información)</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Servicios de audición, incluidos audífonos</b></p> <p>El plan cubre las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Tienen cobertura como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también cubre los siguientes beneficios de audición de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• exámenes de la audición de rutina</li> <li>• evaluaciones para la colocación de audífonos</li> <li>• audífonos</li> <li>• proporcionar y dispensar audífonos, baterías y accesorios</li> <li>• instrucción en el uso, cuidado y manejo de audífonos</li> <li>• moldes para los oídos</li> <li>• impresiones en los oídos</li> <li>• préstamo de un audífono, cuando sea necesario</li> </ul> <p>El plan utiliza a NationsHearing como administrador de beneficios de los servicios para la audición, incluidos los exámenes y los audífonos. Los miembros deben usar NationsHearing para tener cobertura en este beneficio.</p> <p>Comuníquese con NationsHearing al 877-277-9196 (TTY 711) si tiene preguntas sobre el beneficio de servicios de audición.</p> <p>No se requiere autorización previa para los exámenes auditivos de rutina, las evaluaciones, las reparaciones y los reemplazos proporcionados por un proveedor de la red.</p> <p><b>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>audífonos monauriculares que cuestan más de \$500 (sin incluir el envío) por oído;</i></li> <li>• <i>audífonos estereofónicos, cros y bicros que cuestan más de \$1,000 (sin incluir el envío) por oído;</i></li> <li>• el reemplazo de un audífono, independientemente del costo del audífono, debido a un cambio médico:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ pérdida del audífono; o</li> <li>○ daño más allá de la reparación del audífono;</li> </ul> </li> <li>• cualquier reemplazo de los componentes externos de un implante coclear.</li> </ul>	<p>\$0</p>
--	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Prueba de detección del VIH</b></p> <p>El plan cubre exámenes de detección del VIH y pruebas de detección del VIH.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores dentro de la red o de MassHealth.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Prueba de detección del virus de la hepatitis C (VHC)</b></p> <p>El plan cubre la detección del VHC cuando la solicita el proveedor de cuidado primario dentro del contexto de un entorno de cuidado primario y la realiza un proveedor elegible para estos servicios. El plan cubre la detección del VHC para adultos que cumplen con cualquiera de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● aquellos con alto riesgo de infección por el virus de la hepatitis C</li> <li>● aquellos que no cumplen con requisito de el alto riesgo definido anteriormente, pero que nacieron entre 1945 y 1965, o recibieron una transfusión de sangre antes de 1992</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Agencia de atención médica domiciliaria</b></p> <p>El plan cubre los servicios proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● servicios de enfermería especializada y auxiliar de atención médica a domicilio de manera parcial o intermitente (serán cubiertos en virtud del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben acumular en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana, con ciertas excepciones)</li> <li>● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>● servicios médicos y sociales</li> <li>● transporte a su atención o servicios</li> <li>● equipos y suministros médicos</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	\$0
<p><b>Servicios de auxiliar de atención domiciliaria</b></p> <p>El plan cubre los servicios de un auxiliar de atención domiciliaria, bajo la supervisión de un enfermero matriculado (registered nurse, RN) con licencia u otro profesional, para los miembros que califican. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● cambios simples de vendaje</li> <li>● asistencia con medicamentos</li> <li>● actividades para respaldar terapias especializadas</li> <li>● atención de rutina de dispositivos protésicos y ortopédicos</li> <li>● asistencia con las actividades de la vida diaria</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	\$0



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Terapia de infusión a domicilio</b></p> <p>El plan pagará la terapia de infusión domiciliaria, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados en una vena o aplicados debajo de la piel y que se le proporcionen en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión domiciliaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el fármaco o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina;</li> <li>• equipos, como una bomba; <b>y</b></li> <li>• suministros, como tubos o un catéter.</li> </ul> <p>El plan cubrirá los servicios de infusión domiciliaria que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios profesionales, incluidos los de enfermería, prestados según su plan de atención;</li> <li>• capacitación y educación del miembro que aún no esté incluida en el beneficio de DME;</li> <li>• monitoreo remoto; <b>y</b></li> <li>• servicios de monitoreo para suministrar terapia de infusión domiciliaria y medicamentos para terapia de infusión domiciliaria, proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria cualificado.</li> </ul>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales)</b></p> <p>Tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos u hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su proveedor de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fármacos para tratar los síntomas y el dolor</li> <li>• cuidados de relevo a corto plazo</li> <li>• atención domiciliaria</li> </ul> <p>Si elige recibir su atención de cuidados paliativos en un centro de atención de enfermería, CCA One Care cubrirá el costo de la habitación y la comida.</p> <p><b>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Para los servicios cubiertos por CCA One Care, pero sin cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CCA One Care continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran. El plan cubrirá los servicios estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.</li> </ul> <p><b>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de CCA One Care:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por los cuidados paliativos como por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F.</li> </ul>	<p>\$0</p>
--	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Nuestro plan cubre servicios en un centro de cuidados paliativos para las personas con enfermedades terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p> <p><b>Nota:</b> Si necesita cuidados paliativos o no paliativos, debe llamar a su socio de atención para que lo ayude a coordinar estos servicios. La atención no paliativa es la atención que no está relacionada con su pronóstico terminal.</p> <p>Para todos los miembros que no elijan el centro de cuidados paliativos de Medicare, ofrecemos servicios de cuidados paliativos a través de nuestro programa de cuidados paliativos (el “programa”), así como cuidados para el final de la vida.</p> <p>El Programa se centra en aliviar el dolor, el estrés y demás síntomas incómodos para las personas que viven con una enfermedad grave. El Programa está diseñado para nuestros miembros, sus cuidadores y proveedores con la participación activa de los equipos de atención de CCA One Care.</p> <p>Cuando corresponda, CCA One Care contrata a agencias externas que proporcionan servicios de cuidados paliativos apropiados para proporcionar servicios que amplíen el programa.</p> <p>Para obtener más información sobre el Programa, comuníquese con su equipo de atención.</p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Vacunas</b></p> <p>El plan cubre ciertas vacunas, como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antineumonía</li> <li>• Antigripal</li> <li>• Anti-hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li> <li>• Vacuna contra la COVID-19</li> <li>• Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> <li>• Otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de MassHealth o Medicare. Lea el Capítulo 6, Sección D, para obtener más información</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Enfermería independiente</b></p> <p>El plan cubre la atención de un enfermero en su hogar. El enfermero puede trabajar para una agencia de atención médica domiciliaria o puede ser un enfermero independiente.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Atención de salud conductual para pacientes hospitalizados</b></p> <p>Servicios para pacientes hospitalizados, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● servicios de salud mental para pacientes hospitalizados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda</li> <li>● servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados (nivel 4 de ASAM)</li> <li>● camas de observación</li> <li>● servicios de día administrativamente necesarios</li> </ul> <p>Conforme a este plan, no hay un límite de por vida en la cantidad de días que un miembro puede tener en un centro de atención médica conductual para pacientes hospitalizados.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b></p> <p>El plan cubre las estancias de pacientes hospitalizados médicamente necesarias. Debe obtener la aprobación del plan para continuar recibiendo atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.</p> <p>El plan cubre servicios que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>● Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>● Servicios de enfermería regulares</li> <li>● Costos de unidades de atención médica especiales, (como unidades de cuidados intensivos o coronarios)</li> <li>● Fármacos y medicamentos</li> <li>● Análisis de laboratorio</li> <li>● Radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>● Suministros médicos y quirúrgicos</li> <li>● Electrodomésticos, como sillas de ruedas</li> <li>● Costos de quirófano y sala de recuperación</li> <li>● Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>● Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados</li> <li>● Sangre, incluido el almacenamiento y la administración             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El plan cubre sangre entera, concentrado de glóbulos rojos y todas las demás partes de la sangre. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita.</li> </ul> </li> <li>● Servicios médicos</li> <li>● Trasplantes, incluidos de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>\$0</p>
---	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los proveedores encargados de los trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si CCA One Care proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona.</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa, excepto para el ingreso de pacientes por emergencias y consumo de sustancias.</i></b></p>	
<p><b>Examen de detección de cáncer de pulmón</b></p> <p>El plan pagará los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene entre 50 y 77 años de edad, <b>y</b></li> <li>• tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, <b>y</b></li> <li>• ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón <b>o</b> fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Después del primer examen de detección, el plan pagará otro examen de detección cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>El plan cubre terapia de diagnóstico nutricional y servicios de asesoramiento para ayudarlo a controlar una afección médica (como una enfermedad renal).</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia</b></p> <p>El plan cubre el transporte que usted necesita por motivos médicos que no sean emergencias a destinos aprobados del plan y citas confirmadas dentro de las 50 millas de la ubicación de recogida. Los viajes deben reservarse con 72 horas de anticipación, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., hora del este de EE. UU., y sábados y domingos de 8 a. m. a 12 p. m., hora del este de EE. UU.</p> <p>Este transporte que no es de emergencia está cubierto por nuestro plan en virtud del beneficio de MassHealth.</p> <p>El plan utiliza Soluciones de transporte coordinado <b>Coordinated Transportation Solutions (CTS)</b> para todos los traslados de transporte que no sean de emergencia. Para comunicarse con CTS, llame al 855-204-1410 (TTY 711).</p> <p><b>El transporte debe ser coordinado por CTS para estar cubierto por CCA One Care.</b></p> <p><b><i>Se requiere autorización previa para viajes a más de 50 millas de la ubicación de recogida.</i></b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Programa Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</b></p> <p>El plan pagará los servicios del MDPP. MDPP está diseñado para ayudarlo a aumentar su comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambios en la dieta a largo plazo;</li> <li>• aumento de la actividad física; y</li> <li>• maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. CCA One Care cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos que generalmente no se administra usted mismo y se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un proveedor de atención médica, un hospital para pacientes ambulatorios o un centro de cirugía ambulatoria</li> <li>• insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)</li> <li>• medicamentos que toma con DME (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan</li> <li>• factores de coagulación que usted se autoadministra mediante inyección si tiene hemofilia</li> <li>• fármacos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano</li> <li>• medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted está confinada a su hogar, tiene una fractura ósea que un proveedor de atención médica certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted misma.</li> <li>• antígenos</li> <li>• determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas</li> </ul> <p>ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto de la heparina (cuando sea médicamente necesario), los anestésicos tópicos y fármacos estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunoglobulina i.v. para el tratamiento domiciliario de enfermedades primarias de inmunodeficiencia</li> </ul> <p>Categorías de medicamentos de tratamiento escalonado de la Parte B: (Nota: las clases de fármacos que se enumeran a continuación generalmente no son autoadministradas por el paciente)</p> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>\$0</p>
--	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiinflamatorio</li> <li>• Agentes antineoplásicos (cáncer)</li> <li>• Biológicos</li> <li>• Factores estimulantes de colonias</li> <li>• Inmunomoduladores</li> </ul> <p>Vea una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada en nuestro sitio web: <a href="http://www.ccama.org">www.ccama.org</a></p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p><b>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.</b> También explica las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas.</p> <p>La mayoría de los medicamentos de especialidad tienen un límite a un suministro de 30 días.</p> <p><b>Se requiere autorización previa.</b></p> <p>Para obtener ayuda a fin de determinar los requisitos de autorización, llame a Servicios para miembros.</p>	
<p><b>Atención en un centro de atención de enfermería</b></p> <p>El plan cubre servicios en un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.</p> <p>El plan no paga artículos personales, como televisión o teléfono, etc.</p> <p><b>Se requiere autorización previa</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Examen de detección de obesidad y terapia para bajar de peso</b></p> <p>El plan cubre asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de cuidado primario. De esa manera, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	\$0
<p><b>Servicios del programa de tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OTP)</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de para controlar el consumo.</li> <li>• Evaluaciones periódicas</li> <li>• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de estos medicamentos.</li> <li>• Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias</li> <li>• Terapia grupal e individual</li> <li>• Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)</li> </ul>	\$0
<p><b>Servicios de ortopedia</b></p> <p>El plan cubre frenos (no dentales) y otros dispositivos mecánicos o moldeados para soportar o corregir la forma o función del cuerpo humano.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p> <p>Para obtener ayuda a fin de determinar los requisitos de autorización, llame a Servicios para miembros.</p>	\$0



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubre los servicios de salud conductual proporcionados por los siguientes proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un psiquiatra o médico con licencia estatal,</li> <li>● un psicólogo clínico,</li> <li>● un trabajador social clínico,</li> <li>● un especialista en enfermería clínica,</li> <li>● un enfermero profesional,</li> <li>● un asistente médico ●</li> <li>● cualquier otro profesional de atención médica conductual calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</li> </ul> <p>El plan cubre servicios que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● tratamiento individual, grupal y de parejas/familiar</li> <li>● consulta sobre medicamentos</li> <li>● evaluación de diagnóstico</li> <li>● consulta familiar</li> <li>● consulta de casos</li> <li>● consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes hospitalizados</li> <li>● consulta de transición de paciente hospitalizado a ambulatorio</li> <li>● tratamiento de acupuntura</li> <li>● terapia de sustitución de opiáceos</li> <li>● tratamiento con opioides en el consultorio</li> <li>● tratamiento asistido con medicamentos</li> <li>● mantenimiento con metadona</li> <li>● desintoxicación ambulatoria (nivel II. d)</li> <li>● pruebas psicológicas</li> <li>● servicios ambulatorios urgentes</li> </ul> <p><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>\$0</p>
---	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• terapia dialéctica conductual (Dialectical behavioral therapy, DBT)</li> <li>• programa estructurado de adicciones para pacientes ambulatorios (Structured outpatient addiction program, SOAP)</li> </ul> <p>Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta personal o por telesalud.</p> <p>En virtud de la Ley de Igualdad de Atención de Salud Mental y Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity), estamos obligados a proporcionar beneficios de atención médica mental y por consumo de sustancias que no son más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que aplicamos a los beneficios médicos, quirúrgicos, comunitarios y de apoyo.</p> <p><i>(Consulte también “Servicios de atención médica conductual basados en la comunidad (alternativos) que cubre nuestro plan” más adelante en esta sección para obtener más información sobre los servicios de salud conductual).</i></p> <p><b>Se requiere autorización previa para pruebas neuropsicológicas, pruebas psicológicas, terapia electroconvulsiva y estimulación magnética transcraneal repetitiva (repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS) y esketamina para la depresión resistente al tratamiento.</b></p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, y servicios y suministros terapéuticos</b></p> <p>El plan cubre servicios que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Radiografías</li> <li>● Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos</li> <li>● Suministros quirúrgicos, como vendajes</li> <li>● Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones</li> <li>● Análisis de laboratorio</li> <li>● Sangre El plan pagará el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita.</li> <li>● Pruebas genéticas: servicios prestados según las pautas de Medicare y MassHealth.</li> <li>● Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.</li> </ul> <p>CCA One Care se reserva el derecho de hacer que un experto revise el plan de tratamiento propuesto o la solicitud para determinar si un curso de tratamiento es adecuado para usted.</p> <p><b><i>Se requiere una autorización previa para las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, y los servicios y suministros terapéuticos.</i></b></p> <p>Por ejemplo, es posible que las pruebas de diagnóstico por imágenes y las pruebas de detección especializadas (es decir, pruebas genéticas) requieran una autorización previa.</p> <p>Para obtener ayuda a fin de determinar los requisitos de autorización, llame a Servicios para miembros.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Medicamentos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Lea el Capítulo 5 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos, y el Capítulo 6 para obtener información sobre lo que usted paga por los medicamentos.</p> <p>No paga nada por sus medicamentos recetados y artículos OTC que cubre nuestro plan.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubre los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan cubre servicios que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Los servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios como servicios de observación o cirugía ambulatoria             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los servicios de observación ayudan a su proveedor de atención a saber si necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”.</li> <li>○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”.</li> <li>○ Puede obtener más información sobre la hospitalización o la atención ambulatoria en esta hoja informativa: <a href="https://www.medicare.gov/publications/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/publications/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a></li> </ul> </li> <li>● Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital</li> <li>● Atención de la salud conductual, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un proveedor de atención médica certifica que, sin esta atención, se podría requerir tratamiento como paciente internado</li> <li>● Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>● Suministros médicos, como férulas y yesos.</li> <li>● Exámenes preventivos y servicios enumerados en la Tabla de beneficios</li> <li>● Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo</li> </ul> <p>CCA One Care se reserva el derecho de hacer que un experto revise el plan de tratamiento propuesto o la solicitud para determinar si un curso de tratamiento es adecuado para usted.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa para la cirugía ambulatoria.</i></b></p> <p><b><i>Se requiere una autorización previa para las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, y los servicios y suministros</i></b></p>	<p>\$0</p>
---	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>terapéuticos. Por ejemplo, las pruebas de diagnóstico por imágenes especializadas y las pruebas de detección especializadas pueden requerir una autorización previa.</b></p> <p>Para obtener ayuda a fin de determinar los requisitos de autorización, llame a Servicios para miembros.</p>	
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios a través de los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapia independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), así como de otras instalaciones.</p> <p>Para obtener más información, comuníquese con su equipo de atención.</p> <p><b>Se requiere autorización previa para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de fonoaudiología.</b></p> <p><b>Los dispositivos de comunicación aumentativos y alternativos y la tecnología de asistencia pueden requerir una autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubre servicios que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Mantenimiento con metadona</li> <li>• Desintoxicación ambulatoria (nivel II. d)</li> </ul> <p>Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta personal o por video (atención virtual o telesalud).</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios recibidos de un proveedor de la red, excepto para el tratamiento de acupuntura después de 36 sesiones.</p> <p><b><i>La acupuntura utilizada en el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias requiere autorización previa si la cantidad de visitas supera las 36 visitas en un año calendario.</i></b></p>	\$0
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubre la cirugía ambulatoria y los servicios prestados en centros ambulatorios de hospital y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	\$0
<p><b>Equipo de oxígeno y terapia respiratoria</b></p> <p>El plan cubre servicios que incluyen sistemas de oxígeno, resurtidos y alquiler de equipos de terapia de oxígeno.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	\$0



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Programa de cuidados paliativos</b></p> <p>El cuidado paliativo tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una enfermedad grave. Este tipo de atención se centra en el alivio de los síntomas y del estrés de una enfermedad grave.</p> <p>Cuando recibe cuidados paliativos, aún puede recibir tratamiento y terapias que tienen como fin mejorar, o incluso curar, sus problemas médicos.</p> <p>El programa puede ayudarlo a lograr lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• encontrar alivio para el dolor y otros síntomas</li> <li>• administrar sus medicamentos</li> <li>• comprender su enfermedad y su evolución</li> <li>• identificar qué es lo más importante para usted</li> <li>• obtener la atención adecuada en el momento adecuado</li> <li>• hacer planes y tomar decisiones</li> <li>• comunicarse con sus proveedores</li> <li>• prepararse para las etapas futuras</li> </ul> <p>Para inscribirse en el programa de cuidados paliativos, hable con su socio de atención. Si es adecuado para sus necesidades, su socio de atención le dará una derivación al programa.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por el programa de cuidados paliativos de Commonwealth Care Alliance o por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de asistente para el cuidado personal</b></p> <p>El plan cubre los servicios de un asistente para el cuidado personal que brinda ayuda con las actividades de la vida diaria y con las actividades instrumentales de la vida diaria si usted califica. Estos incluyen, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• baño</li> <li>• preparación de comidas y alimentación</li> <li>• vestirse y arreglarse</li> <li>• gestión de medicamentos</li> <li>• moverse de un lugar a otro</li> <li>• ir al baño</li> <li>• traslados</li> <li>• lavandería</li> <li>• tareas domésticas</li> </ul> <p>Estos servicios también incluyen servicios de asistencia personal, como indicaciones y monitoreo.</p> <p>Puede contratar a un trabajador usted mismo o usar una agencia para que contraten a uno por usted.</p> <p>Un trabajador puede ayudarlo con tareas prácticas. El plan también puede pagarle a un trabajador para que lo ayude, incluso si no necesita ayuda práctica. Es posible que se recomienden servicios alternativos cuando no se necesita ayuda práctica.</p> <p>Los servicios de asistencia personal están disponibles a través de agencias comunitarias.</p> <p>Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si ese servicio es adecuado para usted y estará en su plan de atención personalizado (ICP).</p> <p><b>Se requiere autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</b></p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que la atención que recibe en la consulta de su médico o terapeuta. Puede evitar que tenga que ingresar en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital, en un centro de salud mental comunitario, en un centro de salud con calificación federal o en una clínica de salud rural y que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio médico</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en lugares como:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consultorio del médico</li> <li>○ Centro quirúrgico ambulatorio certificado</li> <li>○ Departamento para pacientes ambulatorios del hospital</li> </ul> </li> <li>○ Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista</li> <li>○ Exámenes básicos de audición y equilibrio proporcionados por su proveedor de cuidado primario o especialista, si su médico lo indica para averiguar si necesita tratamiento</li> <li>○ Segunda opinión antes de un procedimiento médico. Su proveedor de cuidado primario/equipo de atención lo ayudará a coordinar los servicios de un proveedor fuera de la red que brinde una segunda opinión en caso de que algún proveedor de la red no esté disponible.</li> <li>○ Atención dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente:</li> <li>○ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas</li> <li>○ Fijación de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales</li> <li>○ Extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas</li> <li>○ fijación de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales</li> <li>○ extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o</li> <li>○ servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico</li> </ul> </li> <li>○ Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su proveedor de atención médica durante 5 a 10 minutos si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no es un paciente nuevo <b>y</b></li> </ul> </li> </ul>	<p>\$0</p>
--	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>○ el control no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible</li> <li>○ La evaluación de video o imágenes que envíe a su proveedor, y su interpretación y seguimiento por parte de su proveedor en el plazo de las 24 horas si:       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible</li> </ul> </li> <li>○ Consulta que tenga su proveedor con otros proveedores por teléfono, Internet o registros de salud electrónicos si usted no es un paciente nuevo</li> <li>○ Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía</li> <li>○ Atención dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente:       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico.</li> </ul> </li> <li>○ Ciertos servicios de telesalud (“consulta virtual” o “atención virtual”), entre los que se incluyen servicios de atención de urgencia, servicios de atención médica domiciliaria, servicios de proveedores de cuidado primario, servicios de terapia ocupacional, sesiones individuales de servicios especializados de salud conductual, otros profesionales de atención médica, sesiones individuales de servicios psiquiátricos, servicios de fisioterapia y fonoaudiología, y sesiones individuales para el consumo de sustancias de pacientes ambulatorios       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta personal o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud</li> </ul> </li> <li>○ Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease,</li> </ul>	
---	--



**Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio médico (continuación)**

- ESRD) para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal de un hospital o en un hospital con acceso crítico, centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de accidente cerebrovascular
  - Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud conductual concomitante
  - Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud conductual si:
    - Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud
    - Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
    - Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias
  - Servicios de telesalud para visitas de salud conductual proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal
  - Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si:
    - No es un paciente nuevo **y**
    - el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
    - el control no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible.
  - La evaluación de video o imágenes que envíe a su médico y su interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si:
    - No es un paciente nuevo **y**
    - La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La evaluación no tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible</li> <li>● Consulte que tenga su médico con otros médicos por teléfono, Internet o registros de salud electrónicos si no es paciente nuevo</li> <li>● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía</li> <li>● Atención dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas</li> <li>○ Fijación de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales</li> <li>○ Extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico ○</li> <li>○ Servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Servicios del médico/proveedor: Recompensa por la visita anual de bienestar</b></p> <p>Una visita anual de bienestar o un examen físico anual le dan derecho a una recompensa de \$25 por año después de haber completado la visita. Las visitas de rutina al médico de cuidado primario, como las visitas de seguimiento o las consultas por enfermedad, no califican para la recompensa.</p> <p>Para ganar esta recompensa, debe acudir a una visita anual de bienestar o realizarse un examen anual. Cualquiera de los dos tipos de visitas anuales es más largo que las visitas de rutina al proveedor de cuidado primario. Durante una visita anual de bienestar o un examen físico anual, usted y su proveedor de atención médica revisarán su estado de salud general en detalle.</p> <p>Después de que complete su examen de calificación y su proveedor nos facture (el plan de salud), le enviaremos información sobre cómo elegir su recompensa.</p> <p>Cubierto una vez por año calendario.</p>	
--	--



Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Consulte “Servicios dentales” anteriormente en esta sección para obtener más información sobre servicios dentales, requisitos de autorización previa y limitaciones.</b></p> <p><b><i>Se requiere autorización previa para los servicios brindados en un centro quirúrgico externo certificado y la atención dental no rutinaria, la cirugía ambulatoria y los servicios brindados por proveedores fuera de la red.</i></b></p>	
<p><b>Servicios de médico, enfermero profesional y enfermera partera</b></p> <p>El plan cubre los servicios de un médico, enfermero profesional y enfermera partera. Estos incluyen, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio para cuidado primario y especialistas</li> <li>• Obstetricia/ginecología y atención prenatal</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Terapia nutricional médica</li> <li>• Servicios para dejar de fumar</li> <li>• No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos)</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina para miembros con enfermedades que afectan las piernas, como diabetes</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa para los servicios de podiatría y cirugía podiátrica proporcionados en un asilo de ancianos.</i></b></p>	\$0



Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios terapéuticos digitales recetados</b></p> <p>Usted paga un copago de <b>\$0</b> por la siguiente terapia digital recetada:</p> <p>El plan cubre reSET y reSET-O, una aplicación de terapia cognitiva conductual a demanda de 12 semanas que se puede descargar en un teléfono inteligente.</p> <p>Esta terapia está indicada para adultos que reciben tratamiento en un programa de tratamiento ambulatorio para trastornos por consumo de sustancias y trastornos por consumo de opioides. El tratamiento con reSET-O debe combinarse con una terapia que incluya buprenorfina transmucosa.</p> <p><b>Trabaje con su proveedor y con el plan One Care para determinar si esto funcionará para usted. Para obtener más información, llame a la línea de Servicios para miembros del plan.</b></p>	<p>\$0</p>
<p><b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Examen digital del recto</li> <li>● Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan toda o parte de una parte o función del cuerpo. El plan cubre servicios que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía</li> <li>● Marcapasos</li> <li>● Aparatos ortopédicos</li> <li>● Zapatos protésicos</li> <li>● Brazos y piernas artificiales</li> <li>● Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía)</li> </ul> <p>Además, el plan cubre algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. El plan también cubre la reparación o el reemplazo de prótesis.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte “Atención oftalmológica” más adelante en esta sección para obtener detalles.</p> <p><b>Se requiere autorización previa.</b></p> <p>Para obtener ayuda a fin de determinar los requisitos de autorización, llame a Servicios para miembros.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>El plan cubre programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <p><b>Se requiere autorización previa.</b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Servicios y suministros para enfermedades renales (de los riñones)</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar atención renal y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su atención.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Debe tener enfermedad renal crónica en estadio IV y su proveedor de atención médica debe derivarlo</li> <li>○ El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales</li> </ul> </li> <li>● Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explicó en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible.</li> <li>● Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial</li> <li>● Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis domiciliaria)</li> <li>● Equipos y suministros de diálisis domiciliaria</li> <li>● Determinados servicios de apoyo domiciliario, por ejemplo, visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudarlo en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua</li> </ul> <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p> <p>No necesita una autorización previa para los servicios de diálisis fuera del área.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Pruebas de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)</b></p> <p>El plan cubre exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Un proveedor de cuidado primario debe solicitar las pruebas.</p> <p>El plan también cubre sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona. El plan cubre estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben realizarse en un entorno de cuidado primario, como el consultorio de un médico.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios de planificación familiar proporcionados por proveedores dentro de la red o de MassHealth.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<p><b>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>El plan cubre servicios que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Habitación semiprivada o una habitación privada si es médicamente necesario</li> <li>● Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>● Servicios de enfermería</li> <li>● Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>● Medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre</li> <li>● Sangre, incluido el almacenamiento y la administración             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El plan pagará la sangre entera y los glóbulos rojos concentrados. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesita</li> <li>○ El plan pagará todas las demás partes de la sangre, comenzando con la primera pinta utilizada</li> </ul> </li> <li>● Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería</li> <li>● Análisis de laboratorio proporcionados por centros de enfermería</li> <li>● Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por centros de enfermería</li> <li>● Aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería</li> <li>● Servicios del médico/proveedor</li> </ul> <p>Generalmente, recibirá su atención en un centro de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no forma parte de nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Un asilo de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de atención de enfermería).</li> <li>●</li> </ul>	<p>\$0</p>
---	------------



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un centro de atención de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho al momento de abandonar el hospital.</li> </ul> <p>No se requiere la estancia en hospital del paciente antes de la admisión en el centro de atención de enfermería especializada.</p> <p>Si MassHealth determina que usted tiene un monto mensual pagado por el paciente (Patient Paid Amount, PPA) por su cuidado asistencial, usted es responsable de los pagos.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</b></p> <p>El plan pagará la terapia de ejercicios supervisados (Supervised exercise therapy, SET) para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una orden para recibir atención para la PAD del médico responsable del tratamiento para esta enfermedad. El plan pagará lo siguiente:</p> <p>Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET</p> <p>Si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario, 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo</p> <p>El programa de la SET debe cumplir los siguientes requisitos:</p> <p>consta de sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento de ejercicios para la PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación);</p> <p>se administra en un centro de servicios ambulatorios de un hospital o en el consultorio de un médico;</p> <p>es proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y que dicho personal esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD;</p> <p>ser proporcionado bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica, quien deberá estar capacitado en técnicas de asistencia vital básicas y avanzadas.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Programa de servicios de vida de transición</b></p> <p>El plan cubre los servicios proporcionados por un proveedor de servicios de vida de transición para miembros que califican. Estos servicios se proporcionan en un entorno residencial y pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de asistente para el cuidado personal</li> <li>• Supervisión de enfermería en el centro las 24 horas</li> <li>• Comidas</li> <li>• Instructores de habilidades</li> <li>• Asistencia con actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., lavandería, compras, limpieza)</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>	<p>\$0</p>
<p><b>Atención de urgencia</b></p> <p>La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una situación que no sea de emergencia (no incluye servicios de cuidado primario de rutina)</li> <li>• Una enfermedad médica repentina</li> <li>• Una lesión</li> <li>• Una afección que necesita atención inmediata</li> </ul> <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan o durante el fin de semana).</p> <p>No se requiere autorización previa.</p> <p>Debe informar a su PCP/equipo de atención siempre que sea posible si ha recibido dicha atención.</p> <p>La atención de urgencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

### **Atención oftalmológica**

El plan pagará los siguientes servicios oftalmológicos de rutina:

- Exámenes oftalmológicos integrales
- Capacitación en cuestiones de la visión
- Anteojos que incluyen:
  - Lentes base (simples, bifocales y trifocales)
  - Marcos o lentes de contacto que se necesitan a nivel visual hasta \$125 por año calendario
- Un (1) juego de marcos de reemplazo de hasta \$125 y lentes de base una vez cada dos (2) años calendario
- Otros dispositivos auxiliares para la visión

Los miembros deben recibir servicios oftalmológicos de rutina de proveedores de la red de proveedores de VSP. Para obtener asistencia con los servicios oftalmológicos de rutina, comuníquese con VSP al 855-492-9028 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

No se requiere autorización previa para los servicios oftalmológicos de rutina cubiertos.

#### Atención oftalmológica que no es de rutina:

El plan también cubre los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales para la retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.

Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre los exámenes de detección de glaucoma. El plan cubre anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular.



Servicios generales que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
<p><b>Atención oftalmológica (continuación)</b></p> <p>Si tiene preguntas sobre sus beneficios oftalmológicos que no son de rutina, llame a Servicios para miembros.</p> <p>No se requiere autorización previa para ciertos servicios de atención oftalmológica que no son de rutina.</p>	
<p><b>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una revisión de su salud</li> <li>• Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes de detección y vacunas) <b>y</b></li> <li>• Derivaciones para otra atención si las necesita</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>También cubrimos “visitas de bienestar” y otros servicios preventivos. Consulte la sección siguiente para obtener más información sobre los chequeos de bienestar.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	\$0
<p><b>Visita de bienestar</b></p> <p>El plan cubre los chequeos de bienestar. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención.</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.</p>	\$0



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Además de los servicios generales, nuestro plan también cubre servicios de atención médica conductual basados en la comunidad. Estos a veces se denominan “servicios de salud conductual alternativos”. Estos son servicios que puede utilizar en lugar de ir al hospital o un centro para algunas necesidades de salud conductual. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y estarán en su Plan de atención personalizado (ICP).



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

### Servicios de atención médica conductuales basados en la comunidad (alternativos) que cubre nuestro plan

Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Manejo del retiro de pacientes hospitalizados monitoreado médicamente (también conocido como servicios de tratamiento agudo) (nivel 3.7 de ASAM)
- Servicios residenciales de alta intensidad específicos de la población administrados clínicamente\* (consulte la Nota a continuación) (nivel 3.3 de ASAM)
- Servicios de estabilización clínica (Clinical stabilization services, CSS) (nivel 3.5 de ASAM)
- Estabilización de crisis comunitaria (Community crisis stabilization, CSS)
- Programa de apoyo comunitario para personas sin hogar crónicas (Community support program for chronically homeless individuals, CSP-CHI)
- Programa de apoyo comunitario (CSP)
- Programa de servicios de emergencia (Emergency services program, ESP)
- Servicios de rehabilitación residencial mejorados para personas con diagnóstico doble
- Programa ambulatorio intensivo (Intensive outpatient program, IOP)
  - El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.
- Programa de hospitalización parcial (Partial hospitalization program, PHP)
  - La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital
- Programa de tratamiento asertivo comunitario (Program of assertive community treatment, PACT)
- Tratamiento psiquiátrico diario
- Instructor de recuperación
- Orientadores de apoyo para la recuperación
- Servicios de rehabilitación residencial (Residential rehabilitation services, RRS)



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

### Servicios de atención médica conductuales basados en la comunidad (alternativos) que cubre nuestro plan

- RRS mejorados concurrentes (COE RRS) para miembros con diagnóstico doble
- Programa estructurado de adicciones para pacientes ambulatorios (Structured outpatient addiction program, SOAP)
- Servicios de apoyo de transición (Transitional support services, TSS) para trastornos por consumo de sustancias\* (consulte la Nota a continuación)

Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta personal o por telesalud (atención virtual). No se requiere autorización previa.

\* **Nota:** Estos servicios pueden no estar disponibles al comienzo del año del plan a través de su plan One Care. Si tiene preguntas, comuníquese con su plan One Care.

Nuestro plan también cubre servicios comunitarios para promover el bienestar, la recuperación, el autocontrol de las enfermedades crónicas y la vida independiente. Estos servicios también pueden ayudarle a permanecer fuera del hospital o centro de enfermería. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y estarán en su Plan de atención personalizado (Individualized Care Plan, ICP).

### Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan

#### Asistencia para la transición de la atención

El plan paga los servicios de cobertura para ayudar con las transiciones entre los entornos de atención para los miembros que califican. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:

- Coordinación de la información entre sus proveedores
- Seguimiento después de su estancia como paciente hospitalizado o en el centro
- Educación sobre su afección médica
- Derivaciones

No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

## Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan

### Servicios de tareas domésticas

Incluyen actividades que ayudan a que los miembros mantengan sus hogares y que corrijan o eviten defectos ambientales que puedan representar un peligro para la salud y seguridad del miembro.

***Se requiere autorización previa.***

### Trabajadores comunitarios de la salud

El plan cubre los servicios proporcionados por trabajadores de la salud comunitarios, que pueden incluir los siguientes:

- Educación para la salud en su hogar o comunidad
- Cómo obtener los servicios que necesita
- Asesoramiento, apoyo y pruebas de detección

Los servicios de un trabajador de salud comunitario significan que usted recibirá ayuda de alguien que lo defenderá y que entiende su cultura, necesidades y preferencias.

Los trabajadores comunitarios de la salud de CCA One Care ayudan a los miembros a administrar sus determinantes sociales de salud (Social Determinants Of Health, SDOH) al identificar y conectar a los miembros con servicios y recursos dentro de sus propias comunidades; con un enfoque centrado en el miembro que tiene como objetivo mejorar la salud de los miembros y potenciar su independencia. Los SDOH incluyen, entre otros, vivienda, asistencia pública (SNAP, asistencia en efectivo de ingreso de seguridad suplementario [Supplemental Security Income, SSI]), programas diurnos, asistencia de combustible y elegibilidad de MassHealth.

No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por los trabajadores de salud comunitarios de CCA One Care.



<b>Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan</b>
<p><b>Servicios de compañía</b></p> <p>Los servicios de compañía permiten que las personas sanas permanezcan en casa al brindarles asistencia.</p> <p>El plan cubre servicios relacionados con la socialización, asistencia con la preparación de refrigerios ligeros, ayuda con las compras y los mandados, y acompañamiento a las citas médicas, centros de nutrición y caminatas.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>
<p><b>Servicios diurnos</b></p> <p>El plan cubre actividades diarias estructuradas en un programa para ayudarlo a aprender las habilidades que necesita para vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Las habilidades están diseñadas para satisfacer sus necesidades y pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de la vida diaria</li> <li>• Capacitación en comunicación</li> <li>• Habilidades prevocacionales</li> <li>• Habilidades de socialización</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>
<p><b>Servicios de atención domiciliaria</b></p> <p>El plan cubre los servicios de atención domiciliaria proporcionados en su hogar o comunidad si usted califica. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un trabajador que lo ayude con las conversaciones en el hogar</li> <li>• Un trabajador que lo ayude con sus tareas diarias y su cuidado personal. La asistencia puede ser práctica, indicaciones o supervisión de estas tareas</li> <li>• Capacitación o actividades para mejorar sus habilidades de vida comunitaria y ayudarlo a defenderse</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

<b>Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan</b>
<p><b>Entrega de comidas a domicilio</b></p> <p>Estos servicios incluyen preparar, empaquetar y entregar comidas a los domicilios de los miembros.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>
<p><b>Modificaciones del hogar</b></p> <p>El plan cubre modificaciones en su vivienda si usted califica. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, bienestar y seguridad, o hacerlo más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rampas</li> <li>• Barras de agarre</li> <li>• Ensanchamiento de las puertas</li> <li>• Sistemas especiales para equipos médicos</li> </ul> <p>Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.</p> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>
<p><b>Gestión de medicamentos</b></p> <p>El plan cubre los servicios de administración de medicamentos de un trabajador de apoyo si usted califica. El trabajador de apoyo lo ayudará a tomar sus medicamentos recetados y de venta libre. El servicio puede incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordatorio para tomar su medicamento</li> <li>• Verificación del envase del medicamento</li> <li>• Observación de cómo toma su medicamento</li> <li>• Anotación de cuándo toma su medicamento</li> <li>• Apertura de los medicamentos y lectura de las etiquetas por usted</li> </ul> <p><b><i>Se requiere autorización previa.</i></b></p>



## Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan

### Transporte no médico

El plan cubre el transporte a servicios comunitarios y actividades que lo ayudan a mantenerse independiente y activo en su comunidad.

Se proporcionan ocho (8) viajes de ida o vuelta por mes para fines no médicos, como compras de comestibles, bancos de alimentos y el gimnasio a menos de 50 millas de la ubicación de recogida. Ciertas ubicaciones están prohibidas, como los casinos. Los viajes no utilizados dentro del mes no se trasladan para uso futuro. Los viajes deben reservarse con 72 horas de anticipación, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m., hora del este de EE. UU., y sábados y domingos de 8 a. m. a 12 p. m., hora del este de EE. UU. Si no puede realizar un viaje programado, debe cancelar el viaje, al menos, 2 horas antes de la hora de recogida programada. Si no lo hace, y no se presenta o cancela tarde, el viaje programado se contará como uno de los ocho viajes simples no médicos mensuales. Este beneficio está cubierto por el plan en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).

El plan utiliza Soluciones de transporte coordinado (CTS) para todos los traslados de transporte que no sean de emergencia.

Para comunicarse con CTS, llame al 855-204-1410 (TTY 711). El transporte debe ser coordinado por CTS para estar cubierto por CCA One Care.

**Si necesita más de ocho (8) viajes de ida o vuelta por mes, puede hablar con su socio de atención sobre obtener la aprobación para viajes adicionales a ubicaciones de CCA cubiertas, incluidas tiendas de comestibles y bancos de alimentos, que se alineen con su Plan de atención personalizado.**

Para obtener más información, comuníquese con su equipo de atención.

***Se requiere autorización previa para viajes a más de 50 millas del lugar de recogida y para más de ocho (8) viajes de ida o vuelta por mes.***



### Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan

#### Apoyo/asesoramiento/orientación por parte de pares

El plan cubre servicios de capacitación, instrucción y tutoría si usted califica. Estos servicios lo ayudarán a defenderse y a participar en su comunidad. Puede recibir estos servicios de un compañero o en grupos pequeños.

El plan también cubre los servicios proporcionados por un especialista de pares certificado en salud conductual (certified peer specialist, CPS). Un CPS es una persona que ha sido capacitada para compartir sus experiencias de manera efectiva de una manera que sea útil y esperanza para los demás, especialmente para las personas que usan y brindan servicios de salud conductual. Un CPS debe completar un programa intensivo de capacitación de 9 días, aprobar un examen y participar en la educación continua.

No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un especialista en pares certificado en salud conductual (CPS) contratado.

***Se requiere autorización previa.***

#### Atención de relevo

El plan cubre los servicios de cuidados de relevo si su cuidador primario necesita alivio o no estará disponible a corto plazo. Estos servicios pueden proporcionarse en caso de emergencia o pueden planificarse con anticipación. Si se planifican con anticipación, los servicios pueden estar en su hogar o durante una colocación a corto plazo en cuidado tutelar para adultos, cuidado diurno para adultos, centro de atención de enfermería, residencia asistida, hogar de descanso u hospital.

No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor de la red.



---

## **E. Beneficios cubiertos fuera de CCA One Care**

Los siguientes servicios no están cubiertos por CCA One Care, pero están disponibles a través de Medicare, MassHealth o una agencia estatal.

### **E1. Atención en un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales)**

Tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos u hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que CCA One Care paga mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

#### **Para los servicios del centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales) y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:**

- El proveedor de cuidados paliativos le facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios del centro de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

#### **Para los servicios cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal:**

- El proveedor le facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.

#### **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de CCA One Care:**

- Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por los cuidados paliativos como por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F.

**Nota:** Si necesita cuidados paliativos o no paliativos, debe llamar a su socio de atención para que lo ayude a coordinar los servicios. La atención no paliativa es la atención que no está relacionada con su pronóstico terminal.



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

## E2. Servicios de agencias estatales

### Rehabilitación psicosocial y gestión de casos específicos

Si está recibiendo rehabilitación psicosocial del Departamento de Salud Mental o administración de casos específica del Departamento de Salud Mental o del Departamento de Servicios de Desarrollo, sus servicios continuarán siendo proporcionados directamente por la agencia estatal. Sin embargo, CCA One Care ayudará a coordinar con estos proveedores como parte de su plan de atención personalizado (ICP) general.

### Habitación en un hogar de descanso y servicios de comida

Si vive en un hogar de descanso y se une a One Care, el Departamento de Asistencia Transitoria continuará siendo responsable de los pagos de su habitación y comida.

---

## F. Beneficios no cubiertos por CCA One Care, Medicare o MassHealth

En esta sección, se le informa qué tipo de beneficios están excluidos por el plan. “Excluido” significa que el plan no paga estos beneficios. Medicare y MassHealth tampoco los pagarán.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna condición, y algunos que están excluidos por el plan solo en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otro lugar de este *Manual para miembros*), excepto en las condiciones específicas que se mencionen. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si cree que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan.**

- Servicios que no son médicamente necesarios de acuerdo con los estándares de Medicare y MassHealth.
- Tratamientos, artículos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, página 48 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

- Cargos cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar, excepto según lo permitido para asistencia de cuidado personal o cuidado tutelar de adultos.
- Los procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluidos los de pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño deportivo, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental) no estarán cubiertos, excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que está mal formada. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para que coincida.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para visión reducida.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos de venta libre.
- Servicios de naturopatía (empleo de tratamientos naturales o alternativos)



## Capítulo 5: Obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan

---

### Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le ordena y que usted obtiene en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y MassHealth. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

CCA One Care también cubre los siguientes medicamentos, pero no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras se encuentra en un hospital o centro de atención de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que recibe en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

### Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga las reglas de esta sección:

1. Un médico u otro proveedor debe emitir su receta, que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha derivado a ese proveedor para que reciba atención.
2. El médico que emite la receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
3. Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.
4. Su medicamento recetado generalmente debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos”, para abreviar.



- Si no se encuentra en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo al brindarle una excepción.
  - Consulte el Capítulo 9, Sección F2 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
5. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del fármaco está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. De acuerdo con las leyes y reglamentaciones de Medicaid, y según MassHealth, los servicios son médicamente necesarios si:
- Podrían calcularse razonablemente para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones que pongan en peligro su vida, le causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o causen una enfermedad o dolencia; **y**
  - No hay otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione bien y que sea adecuado para usted y que sea menos costoso.



## Índice

A. Surtir sus recetas.....	132
A1. Surtir la receta en una farmacia de la red.....	132
A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro al momento de surtir sus recetas.....	132
A3. Qué hacer si cambia a una farmacia de la red diferente .....	132
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red.....	132
A5. Usar una farmacia especializada .....	133
A6. Uso de servicios de pedido por correo para surtir una receta.....	133
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos recetados .....	135
A8. Usar una farmacia que no está en la red del plan .....	135
A9. Pagarle un reembolso si paga por una receta .....	136
B. La Lista de medicamentos del plan.....	136
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.....	137
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos .....	137
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos .....	138
B4. Niveles de la Lista de medicamentos .....	139
C. Límites en algunos medicamentos recetados.....	139
D. Razones por las que sus recetas podrían no estar cubiertas.....	141
D1. Obtener un suministro temporal.....	141
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....	144
F. Cobertura de medicamentos recetados en casos especiales.....	147
F1. Si está en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan .....	147
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo .....	147
F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.....	147
G. Programas sobre seguridad de fármacos y administración de fármacos.....	148
G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura.....	148



G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus recetas..... 149

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de  
manera segura sus medicamentos opioides..... 149



## A. Surtir sus recetas

### A1. Surtir la receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará sus recetas solo si se surten en las farmacias de la red del plan. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir las recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede:

- Busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*
- Visite nuestro sitio web en [www.ccama.org](http://www.ccama.org)
- Comuníquese con Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711)

### A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro al momento de surtir sus recetas.

Para obtener su medicamento recetado, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará al plan su medicamento recetado cubierto.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro cuando obtiene su medicamento recetado, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, o si la farmacia le pide que pague el medicamento, comuníquese con Servicios para miembros de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudar.

### A3. Qué hacer si cambia a una farmacia de la red diferente

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

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711).

### A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red para que el plan siga pagando sus medicamentos recetados.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el **Directorio de proveedores y farmacias**, visitar nuestro sitio web en [www.ccama.org/onecare](http://www.ccama.org/onecare) o comunicarse con Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.



## A5. Usar una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo, como un centro de atención de enfermería.
  - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de salud para indios/Programa de salud para indígenas/tribales/urbanos. Excepto en emergencias, solo los nativos de los Estados Unidos o Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que expenden medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es muy infrecuente).

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

## A6. Uso de servicios de pedido por correo para surtir una receta

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

El programa de envío por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 90 días. Usted paga \$0.

### Surtir mis recetas por correo

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

- Para obtener más información, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.



- Visite nuestro sitio web [www.ccama.org](http://www.ccama.org) y vea la información del “Mail Order Program” (Programa de pedidos por correo) en “Pharmacy Services” (Servicios de farmacia).
- Hablar con su equipo de atención.

En general, una receta pedida por correo le llegará en el plazo de los 14 a 21 días. Si por algún motivo su pedido por correo se demora, llame a Servicios para miembros. Lo ayudaremos a obtener las recetas que necesita.

## Procesos de pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que le entregan, las nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas de pedido por correo:

### 1. Nuevas recetas que la farmacia de pedidos por correo le entrega

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que le entregue.

### 2. Nuevas recetas que la farmacia de pedido por correo recibe directamente del consultorio de su proveedor

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se contactará con usted para preguntarle si quiere surtir el medicamento de inmediato o más adelante.

- Esto le permitirá verificar que la farmacia envíe el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de que se lo facturen y envíen.
- Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted para decirles qué hacer con la nueva receta y para impedir demoras en el envío.

### 3. Resurtidos de recetas del pedido por correo

Para resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En virtud de este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que debe estar cerca de quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.
- Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 a 21 días antes de que se termine su receta actual.



para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo, Costco Pharmacy, llamando al 1-800-607-6861. También puede cancelar su inscripción en su sitio web [pharmacy.costco.com](http://pharmacy.costco.com) al administrar su estado de “Refill Prescription” (Resurtir receta).

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

## **A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos recetados**

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. El *Directorio de proveedores y farmacias* le informa qué farmacias pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información.

Puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para obtener información sobre los servicios de pedido por correo.

## **A8. Usar una farmacia que no está en la red del plan**

Siempre debe usar una farmacia de la red de CCA One Care si puede. Si cree que no puede usar una farmacia de nuestra red, llame primero a Servicios para miembros.

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solo** cuando no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

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

- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red. Antes de surtir su receta en una farmacia fuera de la red, llame a Servicios para miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área a la que viaja. El número para llamadas es 866-610-2273 (TTY 711), y está disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Si no hay farmacias



de la red en esa área, el Servicio para miembros puede hacer las gestiones necesarias para que usted obtenga sus recetas en una farmacia fuera de la red. En caso contrario, tendrá que pagar el costo total cuando surta su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos el costo del medicamento que ha comprado. Para obtener información sobre cómo y dónde enviar su solicitud de pago, consulte el Capítulo 7. No podemos pagar ninguna receta que sea surtida por farmacias fuera de Estados Unidos y sus territorios, incluso por una emergencia médica.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red (dentro de una distancia razonable en automóvil) que brinde servicio las 24 horas.
- Si intenta surtir un medicamento recetado cubierto que no suele estar en el inventario de una farmacia minorista de la red o de nuestra farmacia de envío por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).
- Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red.

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

En estos casos, verifique primero con Servicios para miembros para ver si hay una farmacia de la red cerca.

### **A9. Pagarle un reembolso si paga por una receta**

Si utiliza una farmacia fuera de la red por algún otro motivo, es posible que la farmacia le pida que pague el costo total de su receta. Si esto sucede, llame primero a Servicios para miembros.

Si paga el costo total cuando obtiene su receta, puede solicitarnos que le reembolsemos.

Para obtener más información sobre esto, consulte el Capítulo 7, Sección A.

---

## **B. La Lista de medicamentos del plan**

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la llamamos la “Lista de medicamentos”, para abreviar.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de proveedores de atención médica y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las reglas que se explican en este capítulo.



## B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y productos recetados y de venta libre cubiertos por sus beneficios de MassHealth.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos

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

Los medicamentos genéricos tienen la misma fórmula de principios activos que un medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y, normalmente, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Por lo general, cubriremos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las reglas que se explican en este capítulo.

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

## B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento que está usando está en la Lista de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo;
- Visite el sitio web del plan en [www.ccama.org](http://www.ccama.org). La lista de medicamentos que figura en el sitio web siempre es el documento más actual; **o bien**
- Llame a Servicios para miembros y solicite una copia de la lista.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en [www.ccama.org](http://www.ccama.org) o llame a su socio de atención o a Servicios para miembros. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma enfermedad.



### **B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos**

El plan no cubre todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan cubra esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

CCA One Care no pagará los medicamentos enumerados en esta sección. Estos se denominan fármacos **excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo usted mismo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección E3).

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y MassHealth) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos por CCA One Care de forma gratuita, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y de sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o estar respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su proveedor de atención médica podría recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque este no haya sido aprobado para tratar esa afección. Esto se denomina uso no autorizado. Nuestro plan generalmente no cubre medicamentos cuando se recetan para uso no autorizado.

Por ley, los tipos de medicamentos indicados a continuación no están cubiertos por Medicare ni MassHealth.

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento capilar
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos utilizados para tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso



- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que fabrica los medicamentos dice que usted tiene que someterse a pruebas o recibir servicios únicamente de ellos

#### **B4. Niveles de la Lista de medicamentos**

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 5 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). Los 5 niveles consisten en medicamentos de la Parte D y medicamentos no cubiertos por Medicare, o medicamentos OTC no cubiertos por Medicare:

- Medicamentos genéricos preferidos del nivel 1
- Medicamentos genéricos no preferidos del nivel 2
- Medicamentos de marca preferidos del nivel 3
- Medicamentos de marca no preferidos del nivel 4
- Medicamentos de venta libre de MassHealth del nivel 5

Para saber en qué nivel se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

---

#### **C. Límites en algunos medicamentos recetados**

Para ciertos medicamentos recetados, hay normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras normas le alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, los planes esperan que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

**Si existe una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.**

Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos su diagnóstico o proporcionar primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Después de la revisión, es posible que aceptemos permitirle usar el fármaco sin tomar las medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2.



## 1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Si hay una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica.

- Por regla general, no pagaremos por el medicamento de marca cuando exista una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted, cubriremos el medicamento de marca.

## 2. Obtención de la aprobación por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su proveedor de atención médica deben obtener la aprobación de CCA One Care antes de surtir su receta. Esto se denomina autorización previa (PA) o aprobación. Si no obtiene la PA, es posible que CCA One Care no cubra el medicamento.

## 3. Prueba de un medicamento diferente primero (terapia escalonada)

En general, el plan desea que pruebe medicamentos de menor costo (que a menudo son igual de eficaces) antes de que el plan cubra los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, pero el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede pedirle que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no funciona con usted, el plan cubrirá el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada.

## 4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede tener. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para averiguar si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711) o visite nuestro sitio web en [www.ccama.org](http://www.ccama.org).



## D. Razones por las que sus recetas podrían no estar cubiertas

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

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento podría no estar en la Lista de medicamentos. Una versión genérica del medicamento podría estar cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está. Un fármaco podría ser nuevo y aún no lo hemos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o límites especiales sobre la cobertura para ese medicamento. Como se explicó en la Sección C, Límites en algunos medicamentos recetados, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que desee que ignoremos la regla por usted.

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

### D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre recibir un medicamento diferente o para solicitarle al plan que cubra el medicamento.

CCA One Care determina qué medicamentos son medicamentos de la Parte D. Podemos decidir que algunos medicamentos más antiguos o medicamentos sin resultados clínicos comprobados no califican como medicamentos de la Parte D. Si está tomando un medicamento que CCA One Care no considera un medicamento de la Parte D, tiene derecho a obtener un suministro único de 72 horas del medicamento. Si la farmacia no puede facturar a CCA One Care por este suministro por única vez, MassHealth lo pagará. Esto es requerido por la ley de Massachusetts.

Además, es posible que pueda obtener un suministro temporal más prolongado de un medicamento de la Parte D o de un medicamento que no sea de la Parte D que MassHealth cubriría. Para averiguar por cuánto tiempo CCA One Care proporcionará un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711).



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

1. El fármaco que ha estado tomando:
  - ya no se encuentra en la Lista de medicamentos del plan; o
  - nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan; o
  - está limitado de alguna manera.
2. Debe estar en una de estas situaciones:

**Para los medicamentos de la Parte D de Medicare:**

- Estuvo en el plan el año pasado.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
  - Este suministro temporal será un suministro de hasta 31 días.
  - Si su receta se emitió por menos días, le permitiremos múltiples resurtidos para brindar un suministro máximo de hasta 31 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento recetado en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento de la Parte D de Medicare durante **los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
  - Este suministro temporal será un suministro de hasta 31 días.
  - Si su receta se emitió por menos días, le permitiremos múltiples resurtidos para brindar un suministro máximo de hasta 31 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento recetado en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.



- Ha estado en el plan durante más de 90 días y vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro de 31 días de su medicamento de la Parte D de Medicare, o menos si su receta es para menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Para aquellos que tienen un nivel de transición de atención:
  - Para los afiliados actuales con cambios en el nivel de atención, proporcionaremos un suministro de emergencia de al menos 31 días (a menos que la receta indique menos días) para todos los medicamentos que no están en la farmacopea, incluidos aquellos que puedan estar sujetos a requisitos de un tratamiento escalonado o a una autorización previa. Una transición de nivel de atención que no fue prevista podría ser cualquiera de las siguientes:
    - un alta o ingreso a un centro de atención a largo plazo,
    - un alta hospitalaria o ingreso a un hospital, o
    - un cambio de nivel especializado en un centro de atención de enfermería.

#### **Para los medicamentos de MassHealth:**

- Usted es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro de su medicamento de MassHealth durante 90 días o hasta que su evaluación integral y su plan de atención personalizado (ICP) estén completos, o menos si su receta es para menos días.
  - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711).

Cuando recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar al Servicio para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

○

- Puede solicitar una excepción.



Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede solicitar al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene un buen motivo médico para una excepción, puede ayudarlo a solicitar una excepción.

Si un medicamento que está tomando se eliminará de la Lista de medicamentos o se limitará de alguna manera para el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Luego, puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto para el próximo año.
- Responderemos a su solicitud de excepción en el plazo de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración respaldatoria de la persona que extienda la receta).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F2.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios para miembros o su socio de atención.

---

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero CCA One Care puede agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir requerir o no requerir PA para un medicamento. (PA es el permiso de CCA One Care antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamados límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada para un medicamento. (Terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C anterior en este capítulo.



Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento durante **el resto del año**, a menos que:

- haya un medicamento nuevo y más barato que se comercializa y que funciona tan bien como un medicamento de la Lista de medicamentos ahora, **o**
- descubramos que un medicamento no es seguro, **o**
- se retire el medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos, siempre puede:

- Consulte la Lista de medicamentos actualizada de CCA One Care en línea en [www.ccama.org](http://www.ccama.org) **o**
- Llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711) para consultar la Lista de medicamentos actual

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se producirán de **inmediato**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico está disponible.** A veces, un nuevo medicamento genérico viene al mercado que funciona tan bien como un medicamento de marca en la Lista de medicamentos ahora. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca actual y agregar el nuevo medicamento genérico, pero no habrá ningún costo para usted por el nuevo medicamento.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que ocurra.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.



- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo informaremos.
  - Si se le notifica que un medicamento que está tomando se retira del mercado, siga uno de los pasos a continuación.
    - Hable con su socio de atención de CCA ○
    - Comuníquese de inmediato con la persona que extiende la receta para buscar un medicamento recetado alternativo

**Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma.** Le informaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían ocurrir bajo las siguientes circunstancias:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
  - Reemplazamos un medicamento de marca actualmente en la Lista de medicamentos ○
  - Cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca
- Agregamos un medicamento genérico **y**
  - Reemplazamos un medicamento de marca actualmente en la Lista de medicamentos ○
  - Cambiamos las reglas de cobertura o los límites para el medicamento de marca

Cuando ocurran estos cambios,

- Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio a la Lista de medicamentos ○
- Le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 31 días después de que solicite un resurtido



Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que extienda la receta. Ellos pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar o
- Solicitar o no una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9

**Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma que no lo afectan ahora.** Para dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento durante **el resto del año**.

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

---

## **F. Cobertura de medicamentos recetados en casos especiales**

### **F1. Si está en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan**

Si es admitido en un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estancia. No tendrá que pagar un copago. Una vez que abandone el hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan continuará cubriendo sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

### **F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo**

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

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención de largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para miembros.

### **F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare**

Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por los cuidados paliativos como por nuestro plan al mismo tiempo.



- Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere un medicamento para el dolor, antiemético, laxante o ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su pronóstico terminal y enfermedades relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso de la persona que extiende la receta o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debe estar cubierto por nuestro plan, puede solicitarle al proveedor del centro de cuidados paliativos o a la persona que extiende la receta que se asegure de que tengamos el aviso de que el medicamento no está relacionado antes de que solicite el medicamento a la farmacia.

Si abandona el centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar que haya dejado el centro de cuidados paliativos. Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4, Secciones D y F.

---

## **G. Programas sobre seguridad de fármacos y administración de fármacos**

### **G1. Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura**

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

- Pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento que hace lo mismo
- Pueden no ser seguros para su edad o sexo
- Podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo
- Tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- Consume cantidades que no son seguras de analgésicos opioides

Si encontramos un problema posible en su uso de medicamentos recetados, trabajaremos con su proveedor para solucionar el problema.



## **G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus recetas**

Si toma medicamentos para diferentes enfermedades médicas específicas o está en un Programa de administración de medicamentos para ayudarlo a usar sus medicamentos opioides de manera segura, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia con medicamentos. Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- Cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones al fármaco
- Cómo tomar mejor sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre

Recibirá un resumen escrito de esta charla. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para hacer el mejor uso de sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y por qué los toma. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Se recomienda programar la revisión de sus medicamentos antes de su visita anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su proveedor de atención médica sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y la lista de medicamentos a la consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos con usted si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tiene un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo retiraremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para miembros.

## **G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides**

CCA One Care cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se usan con



frecuencia de manera indebida. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos.

Si toma medicamentos opioides que obtiene de varios proveedores de atención médica o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus proveedores de atención médica para corroborar que esté tomando medicamentos opioides de manera adecuada y médicamente necesaria. Al trabajar con sus proveedores de atención médica, si decidimos que su uso de opioides o benzodiazepinas con receta médica no es seguro, podemos limitar la administración de esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **en una farmacia determinada o a través de un proveedor de atención médica determinado**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted
- **Recetar equipo médico duradero (DME)** para administrar medicamentos a través de un dispensador de píldoras

Si creemos que una o más limitaciones se deben aplicar a su caso, le enviaremos una carta previamente. La carta explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse.

**Tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores de atención médica o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos.** Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con que corre el riesgo de usar de manera indebida los medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y la persona que extiende la receta pueden presentar una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le daremos nuestra decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE). (Para saber cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9, Sección E4).

Es posible que el Programa de administración de medicamentos no se aplique en su caso si usted:

- Tiene ciertas enfermedades médicas, como cáncer o anemia drepanocítica
- Recibe cuidados paliativos, cuidados paliativos o cuidados para el final de la vida
- Vive en un centro de atención a largo plazo



## Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

---

### Introducción

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

- Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por MassHealth **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales

Debido a que usted cumple con los requisitos para MassHealth, recibe la “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

**La Ayuda adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se denomina “subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, LIS).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del **Manual para miembros**.

Para obtener más información sobre los medicamentos recetados que cubre CCA One Care, puede buscar en estos lugares:

- **Lista de medicamentos cubiertos** del plan.
  - A esto lo llamamos la “Lista de medicamentos”. Allí, se le informará:
    - Qué medicamentos paga el plan
    - En cuál de los 5 niveles se encuentra cada medicamento
    - Si existen límites en los medicamentos
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711). También puede encontrar la Lista de



medicamentos en nuestro sitio web en [www.ccama.org](http://www.ccama.org). La lista de medicamentos que figura en el sitio web siempre es la más actual.

- Capítulo 5 de este *Manual para miembros*.
  - La Sección A del Capítulo 5 le informa cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
  - Incluye las reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- El **Directorio de proveedores y farmacias** del plan.
  - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
  - El **Directorio de proveedores y farmacias** tiene una lista de farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A.
  - Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. Puede llamar a [su socio de atención](#) o a Servicios para miembros para obtener más información.

## Índice

A. La Explicación de beneficios de la Parte D .....	153
B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos .....	154
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo.....	155
C1. Los niveles del plan .....	155
C2. Sus opciones de farmacia.....	155
C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento .....	156
D. Vacunas .....	156
D1. Lo que necesita saber antes de recibir una vacuna .....	156



---

## A. La Explicación de beneficios de la Parte D

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos recetados. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **costos de bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos recetados. Con CCA One Care, no tiene que pagar nada por sus medicamentos recetados siempre que siga las reglas del Capítulo 5. Sus costos de bolsillo serán cero.
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos recetados, más el monto que paga el plan.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través del plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información para el mes**. El resumen le informa qué medicamentos recetados de la Parte D recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos de la Parte D, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron por sus medicamentos.
- **Información del “año hasta la fecha”**. Estos son los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados este año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando estén disponibles, aparecerán en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Puede hablar con el profesional que le receta para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para sus costos totales de bolsillo.
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.



---

## B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Aquí le mostramos cómo puede ayudarnos:

### 1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué recetas surte y lo que paga por ellas.

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

Entregue copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que haya pagado. Siempre debe seguir las reglas del Capítulo 5 para obtener medicamentos. Si sigue las reglas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos por CCA One Care. Si alguna vez paga el costo total de su medicamento, debe conservar el recibo y puede pedirnos que le reembolsemos el medicamento.

Estas son algunas situaciones en las que debe proporcionarnos copias de sus recibos:

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

Para obtener información sobre cómo solicitarnos el reembolso del medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A.

### 3. Verifique las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros. Asegúrese de conservar estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.



---

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

Con CCA One Care, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga las reglas del plan.

### C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 5 niveles. No tiene copagos para medicamentos recetados y de venta libre en la Lista de medicamentos de CCA One Care. Para encontrar los niveles de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

Los cinco niveles consisten en medicamentos de la Parte D y medicamentos no cubiertos por Medicare, y/o medicamentos OTC no cubiertos por Medicare:

- Medicamentos genéricos preferidos del nivel 1. Su copago es de \$0 para los medicamentos del nivel 1.
- Medicamentos genéricos no preferidos del nivel 2. Su copago es de \$0 para los medicamentos del nivel 2.
- Medicamentos de marca preferidos del nivel 3. Su copago es de \$0 para los medicamentos del nivel 3.
- Medicamentos de marca no preferidos del nivel 4. Su copago es de \$0 para los medicamentos del nivel 4.
- Medicamentos de venta libre de MassHealth del nivel 5. Su copago es de \$0 para los medicamentos del nivel 5.

### C2. Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8 para averiguar cuándo lo haremos.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5, Sección A de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.



### C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. No hay costo alguno para usted por un suministro a largo plazo.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

---

## D. Vacunas

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea) del plan*. Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)* de su plan o comuníquese con Servicios para miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administrará su proveedor de atención médica.

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

Le recomendamos que primero nos llame a Servicios para miembros cuando planee vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos utilizando farmacias y proveedores de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con CCA One Care para asegurarse de que usted no tenga ningún costo por una vacuna de la Parte D.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y de la vacuna. Si se encuentra en esta situación, le recomendamos que primero llame a Servicios para miembros. También puede pedirle al proveedor que llame a CCA One Care antes de vacunarse. Si paga el costo total de la vacuna en el consultorio de un proveedor, podemos decirle cómo solicitarnos que le reembolsemos. Cuando nos envíe una



solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Para obtener información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero, consulte el Capítulo 7.



## Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos los servicios

---

### Introducción

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

### Índice

A. Pedirnos que paguemos.....	159
B. Enviar una solicitud de pago.....	161
C. Decisiones de cobertura.....	167
D. Apelaciones.....	168



## A. Pedirnos que paguemos

Con One Care, existen algunas reglas para obtener servicios. Una de las reglas es que el servicio debe estar cubierto por CCA One Care. Otra regla es que debe obtener el servicio de uno de los proveedores con los que trabaja CCA One Care. Consulte el Capítulo 3 para leer todas las reglas.

**Si sigue todas las reglas, el plan pagará sus servicios automáticamente y usted no tiene que pedirnos que paguemos.** En esos casos, no debe pagar nada a sus proveedores ni recibir ninguna factura.

Si no está seguro de si el plan pagará un servicio que desea obtener o un proveedor que desea usar, consulte a su socio de atención o llame a Servicios para miembros. **Hágalo antes de recibir el servicio.** Su socio de atención o Servicios para miembros le informarán si CCA One Care pagará, o si debe obtener de CCA One Care una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

Estas son algunas situaciones diferentes e información sobre el pago de sus servicios.

### 1. Si recibe atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Debe pedirle al proveedor que le facture al plan. Llame a Servicios para miembros o a su socio de atención si necesita ayuda.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, puede solicitarnos que nos aseguremos de que reciba el reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Si recibe una factura del proveedor que solicita el pago que usted cree que no adeuda, envíenos la factura y, si pagó la totalidad o parte de la factura, una prueba de cualquier pago que haya realizado.
  - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado el servicio, nos aseguraremos de que reciba el reembolso.

### 2. Si un proveedor de la red de CCA One Care le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de CCA One Care cuando reciba servicios o recetas. La facturación inadecuada o inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de participación en los costos del plan por los servicios. **Llame a Servicios para miembros si recibe alguna factura.**



- Dado que CCA One Care paga el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Si alguna vez recibe una factura de un proveedor de la red, no la pague. Envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y cualquier comprobante del pago que realizó. Lo ayudaremos a recibir el reembolso de sus servicios cubiertos.

### **3. Si utiliza una farmacia fuera de la red para surtirse de una receta**

Si va a una farmacia que no pertenece a la red de CCA One Care, es posible que deba pagar el costo total de su receta.

- En solo unos pocos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le realicemos un reembolso.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A, para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

### **4. Si paga el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro de CCA One Care con usted**

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted, pídale a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le realicemos un reembolso.

### **5. Si paga el costo total de una receta para un medicamento que no está cubierto**

Puede pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan, o que tenga un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que se aplique a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.



- Si no paga el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección E2).
- Si usted y su proveedor de atención médica consideran que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9, Sección E2).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le realicemos un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su proveedor de atención médica para reembolsarle el medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos el servicio o medicamento. Si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5.

---

## B. Enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. El comprobante de pago debe ser un recibo del proveedor. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. Puede pedirle ayuda a su socio de atención.

Para asegurarse de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reembolso para realizar su solicitud de pago. No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe ser por escrito y estar firmada por usted, un representante autorizado o una persona que emite recetas autorizadas. Se requiere la siguiente información para procesar su solicitud:

- Nombre y apellido
- Identificación de miembro o fecha de nacimiento
- El nombre del proveedor de servicios/suministros y su identificación nacional de proveedor (National Provider ID, NPI)
- Fechas de servicio
- Código(s) CPT



- Código(s) de diagnóstico
- Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben incluir:
  - Lugar y fecha de compra
  - Monto total pagado
  - Artículos/servicios que se reembolsarán
- El recibo o la factura deben incluir códigos de diagnóstico y procedimientos. Si no tiene una factura detallada disponible, puede enviar un extracto del proveedor en papel con membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados o tarjetas de regalo. CCA no reembolsará los cupones.
- Sería útil para usted indicar el tipo de servicio:
  - Servicios de salud conductual/médicos
  - Cuidados dentales
  - Equipos/suministros
  - Entrega de comidas
  - Transporte
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web ([www.ccama.org](http://www.ccama.org)) o llamar a Servicios para miembros y solicitar el formulario.

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

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

**Debe presentarnos su reclamo dentro de 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.



## Reembolso de medicamentos recetados (Parte D)

El reembolso de medicamentos recetados es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios de farmacia (PBM), Navitus Health Solutions, para proporcionar reembolsos de recetas de la Parte D.

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

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



- Para los medicamentos compuestos, se necesita la siguiente información
    - Presentación final del compuesto (crema, parches, supositorio, suspensión, etc.)
    - Tiempo dedicado a preparar el medicamento
    - Ingredientes del compuesto
  - Código nacional del medicamento
  - Cantidad
  - Suministro para cuántos días
  - Volumen total (gramos, ml, cada uno, etc.)
  - Comprobante de pago
  - Nombre y apellido del profesional que emita recetas
  - Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del médico que receta
  - Costo original del medicamento
  - Monto que pagó por la receta el seguro primario
  - Monto que pagó el miembro
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web ([www.ccama.org](http://www.ccama.org)) o llamar a Servicios para miembros y solicitar el formulario.

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

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

**Debe presentarnos su reclamo dentro de 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.



## Reembolso de servicios oftalmológicos

El reembolso de servicios de cuidados oftalmológicos de rutina es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios oftalmológicos, VSP, para proporcionar reembolsos de servicios oftalmológicos de rutina. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle.

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

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



- Comprobante de pago
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web ([www.ccama.org](http://www.ccama.org)) o llamar a Servicios para miembros y solicitar el formulario.

Ingresa en línea para enviar su solicitud en [www.vsp.com](http://www.vsp.com) o envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a VSP a esta dirección:

VSP

PO Box 385018

Birmingham, AL 35238-5018

**Debe presentarnos su reclamo dentro de 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

### Reembolso de beneficios de audición

El reembolso de servicios de cuidados de la audición de rutina es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios oftalmológicos, NationsHearing, para proporcionar reembolsos de servicios de audición de rutina. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle.

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

- No tiene la obligación de utilizar el formulario de reembolso, pero este nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe ser por escrito y estar firmada y fechada por usted, un representante autorizado o una persona que emite recetas autorizadas. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
  - Nombre y apellido
  - Identificación de miembro o fecha de nacimiento
  - El nombre del proveedor del servicio/suministro y su NPI
  - Fechas de servicio
  - Código(s) CPT
  - Código(s) de diagnóstico



- Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben incluir:
  - Lugar y fecha de compra
  - Monto total pagado
  - Artículos/servicios que se reembolsarán
- El recibo o la factura deben incluir códigos de diagnóstico y procedimientos. Si no tiene una factura detallada disponible, puede enviar un extracto del proveedor en papel con membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados o tarjetas de regalo. CCA no reembolsará los cupones.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web ([www.ccama.org](http://www.ccama.org)) o llamar a Servicios para miembros y solicitar el formulario.

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

**Debe presentarnos su reclamo dentro de 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

---

## C. Decisiones de cobertura

**Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su servicio o medicamento está cubierto por el plan.**

También decidiremos el monto, si corresponde, que usted tiene que pagar por el servicio o la receta.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que el servicio o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para recibirlos, se los pagaremos. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por correo de lo que pagó. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.



El Capítulo 3 explica las reglas para obtener cobertura para sus servicios. El capítulo 5 explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o medicamento, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué no. La carta también explicará sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4.

---

## D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección E5.

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la página 202 del Capítulo 9, Sección E5.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la página 211 del Capítulo 9, Sección F5.



## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del **Manual para miembros**.

### Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades .	171
B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, equidad y dignidad en todo momento.....	173
C. Nuestra responsabilidad de garantizar que usted obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	174
D. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información médica personal (PHI) ....	175
D1. Cómo protegemos su PHI.....	175
D2. Tiene derecho a ver sus registros médicos.....	176
E. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos .....	183
F. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente.....	185
G. Su derecho a abandonar nuestro plan .....	185
H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica .....	185
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica. ....	185
H2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo. ....	186
H3. ¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones? .....	188
I. Tiene derecho a presentar una queja y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado .....	188
I1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos .....	188



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

I2. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros..... 189

J. Sus responsabilidades como miembro del plan..... 189

J1. Recuperación de patrimonio sucesorio ..... 191



---

## A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos los** servicios se le proporcionen de una manera que sea relevante en cuanto a lo cultural y accesible. Debemos informarle también sobre los beneficios del plan, sus opciones de salud y tratamiento, y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios para miembros. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español u otros idiomas o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. También podemos brindarle información gratuita en otros formatos, según lo solicitado. Llame al 866-610-2273 para solicitar información en otros idiomas y formatos. La llamada es gratuita. Mantendremos registrada su solicitud de formatos alternativos y/o de idiomas especiales para futuros envíos. Puede cambiar sus preferencias de comunicación con nosotros en cualquier momento llamando a Servicios para miembros. Puede comunicarse con el funcionario de accesibilidad y adaptaciones, que es el funcionario de Cumplimiento de ADA, para solicitar una adaptación razonable en:
  - Commonwealth Care Alliance, Inc.
  - ADA Officer
  - 30 Winter Street
  - Boston, MA 02108
  - Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711)
  - Correo electrónico: [civilrightscoordinator@commonwealthcare.org](mailto:civilrightscoordinator@commonwealthcare.org)

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar una queja, puede llamar a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
  - Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla.



- Use una videollamada telefónica (Videophone, VP) para llamar al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o que tienen problemas auditivos.
- Llame al Centro de Atención al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY: 1-800-497-4648).
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.
- Debemos asegurarnos de que todos los servicios se le brinden de una manera que sea relevante en cuanto a lo cultural y accesible. Además, debemos informarle de las prestaciones del plan, de sus opciones de salud y tratamiento y de sus derechos de forma que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.
  - Para obtener información de una manera que pueda entender, llame al Servicios para Miembros. Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
  - Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. También podemos darle información gratuita en otros formatos si lo solicita. Llame al 866-610-2273 para solicitar información en otros idiomas y formatos. La llamada es gratuita. A efectos de futuros envíos, mantendremos archivada su solicitud de formatos alternativos y/o idiomas especiales. Puede cambiar sus preferencias de comunicación con nosotros en cualquier momento llamando al Servicios para Miembros.
    - Commonwealth Care Alliance, Inc.
    - ADA Officer
    - 30 Winter Street
    - Boston, MA 02108
    - Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711)
    - Correo electrónico: [civilrightscoordinator@commonwealthcare.org](mailto:civilrightscoordinator@commonwealthcare.org)
- Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas lingüísticos o a una discapacidad y quiere presentar una queja, puede llamar:
  - Medicare en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
  - My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9:00 a 16:00 horas.



- Utilice el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas de audición o con problemas de habla.
- Utilice la videollamada telefónica (videophone, VP) 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con problemas de audición.
- Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p.m. (TTY: 1-800-497-4648).
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697

---

## B. Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, equidad y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a los miembros por ninguno de los siguientes motivos:

- Edad
- Apelaciones
- Comportamiento
- Experiencia con reclamaciones
- Origen étnico
- Evidencia de asegurabilidad
- Identidad de género
- Información genética
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Estado de salud
- Antecedentes médicos
- Capacidad mental
- Discapacidad mental o física
- Nacionalidad
- Carrera
- Recepción de atención médica
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual
- Uso de servicios

También puede consultar el Capítulo 11, Sección B, “Aviso sobre no discriminación”, para obtener más información.

Tiene derecho a que se respondan sus preguntas e inquietudes de manera completa y cortés.

Tiene derecho a ser tratado con respeto y consideración por su dignidad.



En virtud de las reglas del plan, tiene derecho a estar libre de restricciones o aislamiento físico utilizados a modo de coerción, disciplina, conveniencia o venganza. (En otras palabras, debe estar libre de estar físicamente controlado o mantenerse solo como una forma de obligarlo a hacer algo, castigarlo o facilitar las cosas para los demás).

Tiene derecho de hacer recomendaciones sobre sus derechos y responsabilidades. Esto incluye hacer recomendaciones a la política de Derechos y responsabilidades de los miembros de CCA One Care.

No podemos negarle servicios ni castigarlo por ejercer sus derechos.

- Para obtener más información, o si cree que podría tener una queja sobre discriminación o que recibió un trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.
- También puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local al 1-800-368-1019 o al 1-800-537-7697 (TDD).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener atención o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios para miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para miembros puede ayudarlo.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su derecho a la privacidad, consulte la Sección D.

---

## C. Nuestra responsabilidad de garantizar que usted obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Sus derechos como miembro de nuestro plan son los siguientes:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3, Sección D.
  - Llame a Servicios para miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber qué proveedores de atención médica aceptan pacientes nuevos.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener una derivación. No le exigimos que obtenga derivaciones para visitar a proveedores de la red.



- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
  - Si no puede obtener servicios en un plazo razonable, tenemos que pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención de urgencia sin obtener primero una autorización previa (PA) en caso de emergencia.
- Tiene derecho a surtir sus recetas sin grandes demoras en cualquiera de nuestras farmacias de la red.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D.

El Capítulo 9 le informa qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. El Capítulo 9 también le informa lo que puede hacer si hemos denegado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

## **D. Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información médica personal (PHI)**

Tiene derecho a tener privacidad durante el tratamiento y a esperar la confidencialidad de todos los registros y comunicaciones.

Protegemos su información médica personal (PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene los derechos relacionados a su información y a controlar cómo se usa su PHI. Le daremos un aviso por escrito que le informará sobre estos derechos. El aviso se denomina “Aviso de práctica de privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

### **D1. Cómo protegemos su PHI**

Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a ninguna persona que no esté brindándole atención o pagando su atención. Si lo hacemos, primero



debemos obtener su permiso por escrito. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted.

Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones:

- Debemos divulgar PHI a organismos gubernamentales que controlan nuestra calidad de atención.
- Debemos proporcionar su PHI a Medicare y MassHealth. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, se hará de acuerdo con las leyes federales. Si MassHealth divulga su PHI para investigación u otros usos, se realizará de acuerdo con las leyes federales y estatales.

## D2. Tiene derecho a ver sus registros médicos.

- Tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos.
- Tiene derecho a solicitarnos actualizar o corregir sus registros médicos. Si nos solicita hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar cambios.
- Tiene derecho a saber si se ha compartido su información médica y cómo se ha compartido.

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

---

## Aviso de prácticas de privacidad

**En este aviso se describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo usted puede tener acceso a ella. Léalo atentamente.**

Fecha de entrada en vigor: 4 de agosto de 2023

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

Nos reservamos el derecho a realizar cambios a este Aviso y a hacer efectivos los cambios para toda la información médica que conservamos. Si realizamos un cambio sustancial en el Aviso, (i) publicaremos el Aviso actualizado en nuestro sitio web; (ii) publicaremos el Aviso actualizado en cada una de las



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 176

ubicaciones de servicio de nuestros proveedores de atención médica y (iii) pondremos a disposición copias del Aviso actualizado a pedido. También enviaremos a los miembros de nuestro plan de salud información sobre el Aviso actualizado y sobre cómo obtener el Aviso actualizado (o una copia del Aviso) en el próximo envío anual a los miembros. Debemos cumplir con los términos del Aviso que está vigente actualmente.

**Información de contacto:** Si tiene preguntas sobre la información de este Aviso o desea ejercer sus derechos o presentar una queja, comuníquese con:

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

### Sección 1: Compañías a las que se aplica este Aviso

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

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

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

#### Nuestros planes de salud

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



## **Nuestros proveedores de atención médica**

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

## **Sección 2. Información que recopilamos**

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

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

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

## **Sección 3: Cómo usamos y divulgamos su información médica**

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

Nuestro modelo de atención requiere que nuestros planes de salud y nuestros proveedores de atención médica trabajen junto con otros proveedores de atención médica para brindarle servicios médicos. El



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 178

personal profesional, los médicos y otros proveedores de atención (denominados “equipo de atención”) tienen acceso a su información médica y comparten su información entre sí, según sea necesario, para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica según lo permitan las leyes.

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

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

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

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

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

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

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

**Personas que participan en su atención:** Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención. Por ejemplo, si nos solicita que compartamos su información médica con su cónyuge, le divulgaremos su información médica a esta persona. También podemos divulgar su información médica a esta persona si usted no está disponible para dar su consentimiento y determinamos que es lo mejor para usted. En una emergencia, es posible que usemos o divulguemos su información médica a un



familiar, a otra persona involucrada en su atención o a una organización de ayuda en caso de desastre (como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o enfermedad.

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

- Divulgaremos información médica en respuesta a una orden judicial o a una citación.
- Usaremos o divulgaremos su información médica para ayudar con la retirada de un producto o para notificar reacciones adversas a medicamentos.
- Divulgaremos información médica a una agencia de supervisión de la salud que sea responsable de supervisar planes de salud, proveedores de atención médica, el sistema de atención médica en general o ciertos programas gubernamentales (como Medicare o Medicaid).
- Divulgaremos la información médica de un individuo a una persona que califique como su representante personal. Un “representante personal” tiene autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el padre, la madre o el tutor de un niño, una persona con un poder notarial para la atención médica o el tutor de una persona discapacitada designado por un tribunal.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

#### **SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa**

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

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

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

#### **Sección 5: Usted tiene derechos relacionados con su información médica**

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



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 181

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

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

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

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

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

Nuestros proveedores de atención médica deben aceptar su solicitud de restringir las divulgaciones de información médica si (i) las divulgaciones son para el pago o las operaciones de atención médica (y no son requeridas por ley) y (ii) la información se refiere únicamente a los artículos o servicios de atención médica que usted u otra persona en su nombre (que no sean nuestros planes de salud) han pagado en su totalidad.



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

### **Sección 6. Puede presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad**

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

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

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

### **Sección 7: Requisitos específicos del estado**

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

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

---

## **E. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos**

Como miembro de CCA One Care, usted tiene derecho a obtener información y actualizaciones oportunas sobre su plan de nuestra parte. Si no habla inglés, debemos proporcionarle sin cargo la información en un idioma que usted comprenda. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español u otros idiomas o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. Llame al 866-610-2273 (TTY 711). También podemos brindarle información sin cargo en letra grande, braille, audio, videoclips de lenguaje de señas americano y otras formas.



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 183

Si desea obtener alguno de los siguientes, llame a Servicios para miembros:

- Nuestro plan, que incluye:
  - qué información financiera está disponible;
  - cómo los miembros del plan calificaron el plan;
  - cuántas apelaciones han realizado nuestros miembros; **y**
  - cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
  - cómo elegir o cambiar de proveedores de cuidado primario;
  - cuáles son las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red; **y**
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red;
  - una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, en el **Directorio de proveedores y farmacias**. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para miembros o visite nuestro sitio web en [www.ccama.org](http://www.ccama.org).
- Servicios cubiertos (consulte el Capítulo 3 y 4) y medicamentos (consulte el Capítulo 5 y 6) y sobre las reglas que debe seguir, incluidas las siguientes:
  - servicios y medicamentos cubiertos por el plan;
  - límites a su cobertura y medicamentos; **y**reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
- Por qué un medicamento o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), incluidos los siguientes:
  - pedirnos que indiquemos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto;
  - pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos; **y**
  - pedirnos que paguemos una factura que recibió.



---

## F. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a que pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para saber qué hacer si un proveedor intenta cobrarle los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A.

---

## G. Su derecho a abandonar nuestro plan

Tiene derecho a abandonar el plan. Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea. Puede comunicarse con Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 o al número TTY 1-800-497-4648 (para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla) y pedir abandonar el plan. También puede llamar al 1-800-Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados y abandonar nuestro plan. Para obtener más información sobre cómo abandonar el plan, consulte el Capítulo 10.

Si decide abandonar nuestro plan, sus servicios se mantendrán vigentes hasta el final de ese mes. Por ejemplo, si abandona nuestro plan el 5 de septiembre, estará cubierto por nuestro plan hasta fines de septiembre.

- Si abandona nuestro plan, seguirá participando en los programas Medicare y MassHealth.
- Tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare o un plan Medicare Advantage.
- También tiene derecho a recibir sus beneficios de MassHealth directamente del programa de Medicaid de MassHealth.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.

---

## H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

### H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica.

Tiene derecho a obtener toda la información de los médicos y otros proveedores de atención médica. También tiene derecho a tener acceso a médicos y otros proveedores que puedan satisfacer sus necesidades. Esto incluye proveedores que pueden satisfacer sus necesidades de atención médica, comunicarse con usted y proporcionarle servicios en lugares a los que puede acceder físicamente. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 185

tratamiento de una manera que usted pueda comprender. También puede elegir que un familiar o cuidador participe en sus servicios y conversaciones sobre el tratamiento. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le expliquen sus necesidades médicas y a que se le informen todos los tipos de opciones de tratamiento disponibles para usted, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo implicado en sus servicios o tratamientos. Se le debe informar por adelantado si cualquiera de sus servicios o tratamientos propuestos forman parte de un experimento de investigación. Tiene el derecho de rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro proveedor de atención médica antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su proveedor de atención médica le recomienda que no lo haga. También tiene el derecho de dejar de tomar un medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no será retirado del plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta la responsabilidad total por lo que le suceda.
- **Solicitarnos que expliquemos por qué un proveedor negó la atención.** Tiene el derecho de recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor ha denegado la atención médica que cree que debería recibir.
- **Estar libre de cualquier tipo de restricción.** Tiene el derecho de estar libre de restricciones o aislamiento utilizados como modos de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, tal como se especifica en otras reglamentaciones federales sobre el uso de restricciones o aislamiento.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que generalmente no está cubierto.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el Capítulo 9, se le informa cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.
- **Cambiar sus proveedores.** Tiene derecho a cambiar de proveedor.

## **H2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.**

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



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 186

- Completar un formulario por escrito para **darle a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted; y**
- **Dar a sus proveedores de atención médica instrucciones** por escrito sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.
  - El documento legal que puede usar para dar indicaciones se llama directiva anticipada. Hay distintos tipos de voluntades anticipadas y diferentes nombres para ellas. En Massachusetts, el documento se denomina **poder notarial para atención médica**. En otros estados, los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

No es necesario que use una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede comunicarse con Servicios para miembros y solicitar un formulario proporcionado por Honoring Choices Massachusetts. También puede descargar una copia del formulario del sitio web de Honoring Choices Massachusetts ([www.honoringchoicesmass.com](http://www.honoringchoicesmass.com)). O bien, puede obtener un formulario de su proveedor de atención médica, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare o MassHealth (Medicaid), como el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), llamado SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone), también pueden tener formularios de directivas anticipadas.
- **Complételo y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan saberlo.** Debe entregar una copia del formulario a sus proveedores de atención médica. También debe entregar una copia a la persona que nombre como quien tomará las decisiones por usted. También debería proporcionarles copias a sus amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.
- Si va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital, le preguntarán si ha firmado el formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.



Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar una directiva anticipada.

### **H3. ¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones?**

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un proveedor de atención médica u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Unidad de Quejas de la División de Calidad de la Atención Médica (Division of Healthcare Quality's Complaint Unit) del Departamento de Salud Pública de Massachusetts llamando al 1-800-462-5540. Para presentar una queja contra un proveedor de atención médica en particular, llame a la Junta de Registro de Médicos al 781-876-8200.

---

## **I. Tiene derecho a presentar una queja y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado**

En el Capítulo 9, se le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o alguna inquietud sobre su atención o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación ante nosotros para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para miembros.

### **I1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos**

Si cree que ha sido tratado injustamente, y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en la Sección B de este capítulo, o quisiera obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda de estas maneras llamando a:

- Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, llamado SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone). Para obtener detalles sobre esta organización y sobre cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección E.
- O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048.
- MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY: 1-800-497-4648).



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 188

- My Ombudsman al 1-855-781-9898 (línea gratuita), de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
  - Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla.
  - Use una videollamada telefónica (Videophone, VP) para llamar al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o que tienen problemas auditivos.
  - Envíe un correo electrónico a My Ombudsman a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

My Ombudsman es un programa independiente que lo ayuda a abordar inquietudes o conflictos que pueden interferir con la inscripción en One Care o con su acceso a los beneficios y servicios de One Care.

## **I2. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros.**

Si tiene alguna recomendación sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros, puede compartir sus sugerencias llamando a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

---

## **J. Sus responsabilidades como miembro del plan**

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

- Utilice el **Manual para miembros** para conocer qué tiene cobertura y cuáles son las normas que debe cumplir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
  - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué debe pagar.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.



- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
  - Elija un proveedor de cuidado primario.
  - Llame a su proveedor de cuidado primario o socio de atención cuando necesite atención médica o en el plazo de cuarenta y ocho horas después de recibir cualquier tratamiento de emergencia o fuera de la red.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud que sea completa y precisa. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los objetivos de tratamiento acordados mutuamente, así como los planes y las instrucciones de tratamiento que acuerde con sus proveedores.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicar las cosas de un modo en que pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.
  - Comprenda la función de su proveedor de cuidado primario, su socio de atención y su equipo de atención en la prestación de su atención y la coordinación de otros servicios de atención médica que pueda necesitar.
  - Siga el plan de atención personalizado (ICP) que usted y su equipo de atención acuerden.
  - Comprenda sus beneficios y lo que está cubierto, y sepa qué no está cubierto.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales, consultorios de otros proveedores y en su hogar cuando sus proveedores lo visiten.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
  - Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro, debe pagar el costo total.
- **Infórmenos si se muda.** Si se mudará, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame a Servicios para miembros.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de



servicio pueden recibir CCA One Care. La Sección D del Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio.

- Podemos ayudarlo a averiguar si se muda fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si contamos con un plan en su área nueva.
- También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth para transferirse a otro plan One Care en su nueva área.
- Además, asegúrese de informar a Medicare y MassHealth su nueva dirección cuando se mude. Consulte las Secciones F y G del Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y MassHealth.
- **Si se muda pero permanece en nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Infórmenos si su información personal cambia.** Es importante que nos informe de inmediato si se produce un cambio en su información personal, como teléfono, matrimonio, adiciones a la familia, elegibilidad u otra cobertura de seguro médico.
- Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711).

### **J1. Recuperación de patrimonio sucesorio**

La ley federal exige que MassHealth recupere dinero de los bienes de ciertos miembros de MassHealth que tengan 55 años o más, y que sean de cualquier edad y estén recibiendo atención a largo plazo en un asilo de ancianos u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio de MassHealth, visite [www.mass.gov/estatercovery](http://www.mass.gov/estatercovery).



## Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Introducción

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

- Tiene un problema o una queja sobre su plan o su atención.
- Necesita un servicio o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención, incluida la reducción de servicios.
- Cree que su plan debería proporcionar o coordinar un servicio más rápido.
- Piensa que le pidieron que abandonara el hospital demasiado pronto.

**Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este Capítulo que aplican a su situación.** Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente información sobre qué hacer para su problema o inquietud.

### Si tiene un problema con sus servicios

Debe obtener los servicios médicos, los servicios de salud conductual, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención personalizado (ICP). **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante videollamada telefónica [VP] 339-224-6831).** Este capítulo explica las opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero también puede llamar a My Ombudsman para que lo ayuden con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección I, para obtener más información sobre My Ombudsman.



## Índice

A. Qué hacer si tiene un problema.....	195
A1. Acerca de los términos legales .....	195
B. Dónde llamar para obtener ayuda.....	195
B1. Dónde obtener más información y ayuda .....	195
C. Qué secciones leer en este capítulo que pueden ayudar con su problema .....	197
C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja ..	197
D. Decisiones de cobertura y apelaciones .....	197
D1. Descripción general .....	197
D2. Obtener ayuda .....	198
D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará .....	199
E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (excluidos los medicamentos de la Parte D) .....	201
E1. Cuándo usar esta sección.....	201
E2. Solicitar una decisión de cobertura .....	202
E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (excluidos los medicamentos de la Parte D) .....	205
E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (excluidos los medicamentos de la Parte D) .....	211
E5. Problemas de pago.....	215
F. Medicamentos de la Parte D.....	217
F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D .....	217
F2. Qué es una excepción.....	220
F3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones.....	221
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción .....	222
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....	226



F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	229
G. Solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada.....	231
G1. Sus derechos de Medicare si es admitido en el hospital.....	231
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria .....	232
G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria .....	234
G4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar una apelación?.....	235
H. Qué hacer si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto .....	237
H1. Le informaremos por adelantado cuando su cobertura esté por finalizar .....	238
H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención.....	238
H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención .....	241
H4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?.....	242
I. Llevar su apelación más allá del nivel 2 .....	245
I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare .....	245
I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de MassHealth .....	245
J. Cómo presentar una queja.....	246
J1. Qué tipos de problemas deben ser quejas.....	246
J2. Quejas internas .....	248
J3. Quejas externas .....	249
J4. Quejas sobre la paridad de la salud mental .....	250



## A. Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo le informa qué hacer si tiene un problema con CCA One Care o con sus servicios. Medicare y MassHealth aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que deben seguirse. Este es un resumen de sus derechos.

### A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo. Algunos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que hemos utilizado palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Usamos las abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, diremos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”

Comprender y conocer el significado de los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con más claridad, por lo que también los proporcionamos.

---

## B. Dónde llamar para obtener ayuda

### B1. Dónde obtener más información y ayuda

A veces, puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

#### Puede obtener ayuda de My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarlo si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o ayuda para resolver cualquier problema con su plan One Care. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. También puede encontrar información sobre My Ombudsman en el Capítulo 2, Sección I. El personal de My Ombudsman puede hacer lo siguiente:

- Responder sus preguntas o derivarlo al lugar correcto para encontrar lo que necesita.



- Ayudarlo a abordar un problema o inquietud con One Care o su plan CCA One Care. El personal de My Ombudsman lo escuchará, investigará el problema y analizará las opciones con usted para ayudarlo a resolver el problema.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitarle a su plan One Care, a MassHealth o a Medicare que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede indicarle cómo presentar una apelación e informarle qué puede esperar durante el proceso de apelación.

Puede llamar, enviar un correo electrónico, escribir o visitar My Ombudsman en sus oficinas.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante una videollamada telefónica (VP) al 339-224-6831.
- Correo electrónico [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org)
- Escriba o visite la oficina de My Ombudsman en 25 Kingston Street, 4<sup>th</sup> floor, Boston, MA 02111.
  - Consulte el sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada sobre la ubicación, citas y los horarios de atención sin cita previa.
- Visite My Ombudsman en línea en [www.myombududsman.org](http://www.myombududsman.org)

### **Puede recibir ayuda del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**

También puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP). En Massachusetts, este programa se llama SHINE (Serving the Health Information Needs of Everyone). Los consejeros de SHINE pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para resolver su problema. SHINE no está conectado con nosotros ni con ninguna aseguradora o plan de salud. SHINE tiene asesores capacitados en Massachusetts y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636 y su sitio web es <https://shinema.org/>. TTY (para personas que son sordas, o tienen problemas auditivos o discapacidades del habla): 1-800-439-2370 (solo en Massachusetts).

### **Obtener ayuda de Medicare**

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda con los problemas. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Medicare:



- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY (para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar): 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

### Obtener ayuda de MassHealth

Puede llamar directamente al Servicio de atención al cliente de MassHealth para obtener ayuda con los problemas. Llame al 1-800-841-2900. TTY (para personas que son sordas, o tienen problemas auditivos o discapacidades del habla): 711.

---

## C. Qué secciones leer en este capítulo que pueden ayudar con su problema

### C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este Capítulo que aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para leer su problema o queja.

<b>¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?</b>	
(Esto incluye problemas sobre si la atención médica en particular, la atención médica conductual, los servicios y apoyo a largo plazo o los medicamentos recetados están cubiertos y son pagados por nuestro plan).	
<b>Sí.</b> Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.  Consulte la <b>Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”</b> en la página 184.	<b>No.</b> Mi problema no es sobre los beneficios ni la cobertura.  Pase a la <b>Sección J: “Cómo presentar una queja”</b> en la página 230.

---

## D. Decisiones de cobertura y apelaciones

### D1. Descripción general

Cuando solicita información sobre decisiones de cobertura y presentación de apelaciones, significa que está lidiando con problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. Esto también incluye problemas con el pago.



### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre qué servicios, artículos y medicamentos cubriremos para usted. Por ejemplo, su proveedor de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de ellos o si su proveedor de la red lo deriva a un especialista médico.

Si usted o su proveedor de atención médica no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por nuestro plan, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el proveedor de atención médica proporcione el servicio, artículo o medicamento. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio, artículo o medicamento antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es un modo formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted desea no está cubierto o que no es médicamente necesario para usted. Si no está de acuerdo con una decisión, puede apelarla. Si lo desea, su proveedor puede presentar una apelación por usted.

## D2. Obtener ayuda

### ¿A quién puedo llamar para pedir ayuda para solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Hay algunas maneras diferentes en las que puede pedir ayuda.

- Llame a **Servicios para miembros** al 866-610-2273.
- Hable con su socio de atención.
- Llame, envíe un correo electrónico, escriba o visite **My Ombudsman**.
  - Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o al Videophone (VP) 339-224-6831.
  - Correo electrónico [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).
  - Visite My Ombudsman en línea en [www.myombudsman.org](http://www.myombudsman.org).
  - Escriba o visite la oficina de My Ombudsman en 25 Kingston Street, 4<sup>th</sup> floor, Boston, MA 02111.

Consulte el sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada sobre la ubicación, citas y los horarios de atención sin cita previa.



- Puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. En Massachusetts, SHIP se llama SHINE. SHINE es una organización independiente. No está conectada con este plan. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas que son sordas, o tienen problemas auditivos o discapacidades del habla): 1-800-439-2370 (solo en Massachusetts).
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre y actuar como su representante.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, un pariente u otra persona además de su proveedor sea su representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la portada de este folleto) y pida un formulario de “Designación de representante”. También puede obtener el formulario visitando: [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [www.ccama.org](http://www.ccama.org).
  - El formulario le da permiso a la persona para que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado. Su representante designado tendrá los mismos derechos que usted para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación. No es necesario que proporcione este formulario para que su médico u otro proveedor de atención médica actúen como su representante.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado** para que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de derivaciones. Nuestro plan no pagará para que usted tenga un abogado. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Si desea que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de representante.
  - Sin embargo, **no es necesario que tenga un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura ni para presentar una apelación.

### D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Separamos este capítulo en



diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe seguir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- La Sección E, en la página 189, le brinda información si tiene problemas con los servicios, los artículos y algunos medicamentos (**excluidos** los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  - Usted no está recibiendo un servicio, artículo o medicamento que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención.
  - No aprobamos los servicios, artículos o medicamentos que su proveedor de atención médica desea proporcionarle, y usted cree que esta atención debe estar cubierta y es médicamente necesaria.
    - **NOTA:** Use la Sección E solo si estos son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la **Lista de medicamentos cubiertos**, también conocida como Lista de medicamentos, con un DP **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 204 para Apelaciones de medicamentos de la Parte D.
  - Usted recibió y pagó por servicios, artículos o medicamentos que creía que estaban cubiertos, y desea pedirnos un reembolso.
    - **NOTA:** Para obtener más información sobre las reglas a seguir para que nuestro plan pague su atención médica, consulte el Capítulo 3, Sección B.
  - Le notificamos que la cobertura de la atención que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer una sección separada de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de servicios. Consulte las Secciones G y H en las páginas 216 y 223.
  - Es posible que se rechace una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo podríamos desestimar su solicitud son los siguientes: si su solicitud está incompleta; si alguien hace la solicitud por usted, pero no nos ha dado pruebas de que usted aceptó permitirle hacer la solicitud; o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué y cómo solicitar una revisión del rechazo. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.



- La Sección F en la página 204 brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
  - Desea solicitarnos que no apliquemos límites a la cantidad de medicamento que puede obtener.
  - Desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa (PA).
  - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otra persona que extienda la receta creen que deberíamos tenerla.
  - Desea solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Esto es una solicitud de decisión de cobertura sobre el pago).
- La Sección G de la página 215 brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una estancia en hospital más prolongada. Use esta sección si está en el hospital y cree que el proveedor de atención médica le pidió que se retirara del hospital demasiado pronto.
- La Sección H en la página 223 brinda información si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711).

Si necesita otra ayuda o información, llame a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o use MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante una videollamada telefónica (VP) 339-224-6831) o envíe un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

---

## **E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (excluidos los medicamentos de la Parte D)**

### **E1. Cuándo usar esta sección**

Esta sección trata sobre qué hacer si tiene problemas con sus beneficios para su atención médica, atención médica conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de



medicamentos con un DP **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para las Apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección le informa qué puede hacer si:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o LTSS que necesita pero no recibe.

**Qué puede hacer:** Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 184 a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico o proveedor desea brindarle y usted cree que deberíamos tener. O bien, redujimos o suspendimos su cobertura para un servicio determinado, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión. Consulte la Sección E3 en la página 186 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Lea las Secciones G o H en las páginas 208 y 220 para obtener más información.

3. Usted recibió y pagó los servicios o artículos que creía que estaban cubiertos, y desea que le reembolsemos los servicios o artículos.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la Sección E5 en la página 195 para obtener información sobre cómo solicitarnos el pago.

## E2. Solicitar una decisión de cobertura

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o proveedor que nos solicite una decisión. También puede hablar con su socio de atención u otro miembro de su equipo de atención.

- Puede llamarnos al: 866-610-2273 (TTY 711)
- Puede enviarnos un fax a: 857-453-4517
- Puede escribirnos a: Commonwealth Care Alliance, Inc.  
Member Services Department  
30 Winter Street  
Boston, MA 02108



### ¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, tarda hasta 14 días calendario después de que la solicita, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas de su solicitud. Si no le damos nuestra decisión en el plazo de los 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare), puede apelar.

A veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para informarle que nos tomaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

### ¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

**Sí.** Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión en el plazo de las 72 horas (o en el plazo de las 24 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo y, si eso sucede, le enviaremos una carta para informarle que tardaremos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

**El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada”.**

### Para solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. O envíenos un fax al 857-453-4517. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- También puede pedir que su proveedor o su representante nos llamen.

### ¿Cuáles son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida?

Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si cumple con los dos requisitos que se indican:

1. La solicitud es acerca de la atención que aún no ha recibido. (No puede pedir una



decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre la atención que ya recibió).

2. La fecha límite habitual de 14 días calendario (o la fecha límite de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare) podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
  - Si su proveedor dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
  - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos no darle una decisión de cobertura rápida, usaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario (o la fecha límite de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare) en su lugar. También le enviaremos una carta.
    - Esta carta le informará que si su proveedor solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos una automáticamente.
    - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 230.

### ¿Cómo averiguaré la respuesta del plan sobre mi decisión de cobertura?

El plan le enviará una carta para informarle si aprobamos o no la cobertura.

### ¿Qué sucede si la decisión de cobertura es negativa?

Si la respuesta es **no**, la carta que le enviamos le informará nuestros motivos para decir **no**.

- Si decimos que **no**, tiene derecho a solicitarnos cambiar esta decisión, mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa solicitarnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide apelar la decisión de cobertura, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (lea la siguiente sección para obtener más información).



### **E3. Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (excluidos los medicamentos de la Parte D)**

#### **¿Qué es una apelación?**

Una apelación es un mecanismo formal de solicitarnos que revisemos una decisión de cobertura o cualquier medida adversa que hayamos tomado. Si usted o su proveedor de atención médica no está de acuerdo con una decisión, puede apelarla. En todos los casos, debe iniciar su apelación en el nivel 1 con nuestro plan.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898, o mediante una videollamada telefónica [VP] al 339-224-6831). My Ombudsman no está conectado con nosotros ni con ninguna aseguradora o plan de salud.

#### **¿Qué es una medida adversa?**

Una medida adversa es una acción, u omisión, por parte de nuestro plan que usted puede apelar. Esto incluye:

- Rechazamos o aprobamos un servicio o artículo limitado que solicitó su proveedor
- Redujimos, suspendimos o finalizamos la cobertura que ya habíamos aprobado
- No pagamos un servicio o artículo que usted considera que está cubierto por nuestro plan
- No resolvimos su solicitud de autorización dentro de los plazos requeridos.
- No pudo obtener un servicio o artículo cubierto de un proveedor de nuestra red en un plazo razonable
- O bien, no actuamos dentro de los plazos para revisar una decisión de cobertura y darle una decisión



## ¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una apelación de nivel 1 es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para averiguar si es correcta. El revisor será alguien que no tomó la decisión de cobertura original.

Puede solicitarnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le informamos que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede pasar a una apelación de nivel 2.

## ¿Cómo presento una apelación de nivel 1?

- Para comenzar su apelación, usted, su proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 866-610-2273. Para obtener detalles adicionales sobre cómo comunicarse con nosotros para las apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos.
  - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:

Commonwealth Care Alliance, Inc.  
Appeals & Grievances Department  
30 Winter Street  
Boston, MA 02108
  - Para obtener más información, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

### De un vistazo: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su proveedor o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o por fax. También puede solicitar una apelación llamándonos.

- Pregunte **en el plazo de los 60 días** calendario de la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por un buen motivo, aún puede apelar.
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o se interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación.
- Siga leyendo esta sección para conocer qué fecha límite se aplica a su apelación.

**El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.**



### ¿Puede otra persona presentar la apelación de nivel 1 en mi nombre?

**Sí.** Su proveedor puede solicitar la apelación en su nombre. Si desea que alguien que no sea su proveedor presente la apelación por usted, primero debe completar un formulario de Designación de representante. El formulario le da permiso a la otra persona para que actúe en su nombre.

Para obtener un formulario de Designación de representante, llame a Servicios para miembros y solicite uno, o visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

Si la apelación proviene de alguien que no sea usted o su proveedor, debemos obtener el formulario de Designación de representante completo antes de que podamos revisar su solicitud.

Si no recibimos este formulario y alguien actúa en su nombre, su solicitud de apelación se desestimarán. Si esto sucede, tiene derecho a que otra persona revise nuestra desestimación. Le enviaremos un aviso por escrito donde se explique su derecho a pedir que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación de nivel 1?

Debe solicitar una apelación en el **plazo de los 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión de cobertura.

Si se excede del plazo y tiene un buen motivo para ello, podemos brindarle más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de una buena razón son que usted haya tenido una enfermedad grave o que le hayamos proporcionado información incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación. Cuando presente su apelación, debe explicar el motivo por el cual su apelación se retrasa.

**NOTA:** Si apela porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o se interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Para obtener más información, consulte la sección “¿Continuarán mis beneficios durante una apelación de nivel 1?” en la página 197.

### ¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

**Sí.** Puede solicitar ver los registros médicos y otros documentos utilizados para tomar nuestra decisión en cualquier momento. También puede solicitar una copia de las pautas que utilizamos para tomar nuestra decisión sin costo para usted. Pídanos más información llamando a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.



## ¿Puede mi proveedor brindarle más información para respaldar mi apelación de nivel 1?

**Sí.** Tanto usted como su proveedor pueden darnos más información para respaldar su apelación.

## ¿Cómo tomaremos la decisión de apelación de nivel 1?

Hacemos una revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura de la atención médica. Luego, verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que **No** a su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, es posible que le pidamos a usted o a su proveedor.

## ¿Cuándo y cómo me enteraré de una decisión de apelación estándar de nivel 1?

Debemos darle nuestra respuesta en el plazo de los 30 días calendario después de recibir su apelación (o en el plazo de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de recibir servicios o artículos. Le daremos nuestra decisión antes si su afección médica nos lo exige.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos un período de hasta 14 días calendario más. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta en la que se explique por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 230.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en el plazo de los 30 días calendario (o en el plazo de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare) o al final de los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones si el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare o tanto Medicare como MassHealth. Se le notificará si esto sucede. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 197.

Le enviaremos una carta en la que le daremos nuestra respuesta sobre su apelación.



**Si nuestra respuesta es sí** a una parte o a todo lo que solicitó, debemos aprobar o dar esa cobertura. Debemos aprobar o brindar cobertura para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare en el plazo de los 7 días calendario después de recibir su apelación.

**Si nuestra respuesta es no** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si el servicio o artículo tradicionalmente es pagado por Medicare o tanto Medicare como MassHealth, la carta que le enviamos le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si MassHealth tradicionalmente paga el servicio o artículo, la carta también le informará que puede solicitar una apelación de nivel 2 ante la Junta de Audiencias de MassHealth. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 197.

### **¿Cuándo y cómo me enteraré de una decisión rápida de apelación de nivel 1?**

Si recibe una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes de las 72 horas si su salud nos lo exige.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos un período de hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que se explique por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 230.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en el plazo de las 72 horas o al final de los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones si el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare o tanto Medicare como MassHealth. Se le notificará si esto sucede. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 197.

Le enviaremos una carta en la que le daremos nuestra respuesta sobre su apelación.

**Si nuestra respuesta es sí** a una parte o a todo lo que solicitó, debemos aprobar o dar esa cobertura.



**Si nuestra respuesta es no** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si el servicio o artículo tradicionalmente es pagado por Medicare o por Medicare y MassHealth, la carta que le enviamos le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si MassHealth tradicionalmente paga el servicio o artículo, la carta también le informará que puede solicitar una apelación de nivel 2 ante la Junta de Audiencias de MassHealth. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 197.

### ¿Continuarán mis beneficios durante una apelación de nivel 1?

Si usted está apelando para obtener un nuevo servicio de nuestro plan, entonces no recibiría ese servicio a menos que su apelación haya finalizado, y nuestra decisión es que el servicio esté cubierto.

Si está apelando porque decidimos cambiar o suspender un servicio que fue aprobado previamente, tiene derecho a seguir recibiendo ese servicio de nuestro plan durante su apelación. Antes de que cambiemos o detengamos un servicio, le enviaremos un aviso. Si no está de acuerdo con la acción descrita en el aviso, puede presentar una apelación de nivel 1 y solicitar que continuemos con sus beneficios para el servicio. **Debe** realizar la solicitud en o antes de la fecha que sea posterior entre las siguientes para continuar con sus beneficios:

- en el plazo de los 10 días posteriores a la fecha de envío de nuestro aviso de acción; o
- en la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción.

Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra acción, podemos recuperar el costo de los servicios que se le prestaron mientras la apelación estaba pendiente.

- Si desea continuar con sus beneficios mientras su apelación está pendiente:
  - Puede llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711) o
  - También puede obtener ayuda adicional de My Ombudsman llamando al 1-855-781-9898 (o mediante MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o videollamada telefónica [Videophone, VP] al 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org)



## E4. Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (excluidos los medicamentos de la Parte D)

### Si el plan dice que no en el nivel 1, ¿qué sucede después?

Si decimos que **no** a una parte o toda la apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si su apelación es por un servicio o artículo cubierto por Medicare, tanto Medicare como MassHealth, o simplemente por MassHealth. Esta carta le indicará cómo presentar una apelación de nivel 2 y describirá el proceso de apelaciones de nivel 2.

### ¿Qué es una apelación de nivel 2?

La apelación de nivel 2 es una segunda apelación que la realiza una organización independiente que no está conectada con el plan. La organización para apelaciones de nivel 2 de Medicare se llama Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE). La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo. La organización para apelaciones de nivel 2 de MassHealth se llama Junta de Audiencias de MassHealth.

Tiene derechos de apelación con Medicare y MassHealth. Los servicios y artículos que puede obtener con nuestro plan están cubiertos por Medicare únicamente, MassHealth únicamente o tanto Medicare como MassHealth.

- Cuando un servicio o artículo está cubierto solo por Medicare, usted recibirá **automáticamente** una apelación de Medicare de nivel 2 de la IRE si la respuesta a su apelación de nivel 1 fue no.
- Cuando un servicio o artículo está cubierto solo por MassHealth, entonces **debe solicitar** una apelación de nivel 2 ante la Junta de Audiencias de MassHealth si la respuesta a su apelación de nivel 1 fue **no** y desea apelar nuevamente.
- Cuando un servicio o artículo está cubierto por Medicare y MassHealth, recibirá **automáticamente** una apelación de nivel 2 de Medicare de la IRE si la respuesta a su apelación de nivel 1 fue **no**. **También puede solicitar** una apelación de nivel 2 a la Junta de Audiencias de MassHealth.

Para asegurarse de que las apelaciones de nivel 2 sean justas y no tomen demasiado tiempo, existen algunas reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

### ¿Cuáles son las reglas para solicitar una apelación de nivel 2 de la Junta de Audiencias de MassHealth?

Debe solicitar una apelación de nivel 2 ante la Junta de Audiencias de MassHealth **en el plazo de los 120 días** calendario a partir de la fecha de nuestra carta en la que se le informa sobre nuestra decisión de apelación de nivel 1. La carta le indicará cómo solicitar una apelación de nivel 2 a la Junta de Audiencias:



- La Junta de Audiencias de MassHealth no está relacionada con CCA One Care.
- Puede solicitar una copia de su archivo.

Para solicitar una apelación de nivel 2 de la Junta de Audiencias, debe completar un formulario de Solicitud de audiencia imparcial. Puede obtener el formulario:

- En línea en: [www.mass.gov/files/documents/2016/07/rq/fair-hearing.pdf](http://www.mass.gov/files/documents/2016/07/rq/fair-hearing.pdf)
- Llamando al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 o al número TTY 1-800-497-4648 (para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla).

La Junta de Audiencias debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en el plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación. Si la Junta de Audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarle, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.

Si se le concedió una “apelación rápida” en el nivel 1, automáticamente se le concederá una “apelación rápida” en el nivel 2. La Junta de Audiencias debe darle una respuesta en el plazo de las 72 horas después de recibir su apelación. Si la Junta de Audiencias necesita reunir más información, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.

### **¿Cuáles son las reglas para obtener una apelación de la Entidad de Revisión Independiente de Medicare?**

Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación de nivel 1 y el servicio o artículo tradicionalmente está cubierto por Medicare o por Medicare y MassHealth, recibirá **automáticamente** una apelación de nivel 2 de la Entidad de Revisión Independiente (IRE). La IRE revisará cuidadosamente la decisión del nivel 1 y decidirá si debe cambiarse.

- Enviaremos automáticamente cualquier rechazo (en su totalidad o en parte) a la IRE. Se le notificará si esto sucede. No es necesario que solicite la apelación de nivel 2 para los servicios y artículos cubiertos por Medicare.
- La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Asimismo, puede llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711).

La IRE debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en el plazo de los 30 días calendario de la recepción de su apelación (o en el plazo de los 7 días calendario de la recepción de su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de recibir servicios o artículos médicos.

- Si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarle, pueden tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE decide tomarse días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta. La IRE no puede tomarse



tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una “apelación rápida” en el nivel 1, automáticamente se le concederá una “apelación rápida” en el nivel 2. La IRE debe darle una respuesta en el plazo de las 72 horas después de recibir su apelación.

- Si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarle, pueden tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE decide tomarse días adicionales para tomar una decisión, se lo informará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

### ¿Continuarán mis beneficios durante la apelación de nivel 2?

Si su problema es sobre un servicio **cubierto por Medicare solamente**, sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelaciones de nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente.

Si su problema es sobre un servicio **cubierto por MassHealth o tanto por Medicare como por MassHealth**, sus beneficios para ese servicio continuarán durante el proceso de apelaciones de nivel 2 si:

- está apelando porque decidimos reducir o suspender un servicio que ya estaba recibiendo, **Y**
- solicita una apelación de nivel 2 a la Junta de Audiencias de MassHealth.

Para obtener un servicio mientras apela, debe:

- Solicitar a la Junta de Audiencias de MassHealth que revise su apelación en el plazo de los 10 días de haber recibido nuestra carta sobre la decisión de la apelación de nivel 1.
- Informar a la Junta de Audiencias de MassHealth que desea que nuestro plan continúe brindándole el servicio mientras usted está apelando.

Si continúa recibiendo servicios durante el proceso de apelación de la Junta de Audiencias y la decisión no es a su favor, es posible que deba pagar el costo de esos servicios.

Si no solicita que la Junta de Audiencias de MassHealth revise su apelación, no recibirá el servicio durante su apelación.

Si está apelando para obtener un nuevo servicio, no lo recibirá mientras lo esté apelando, incluso si solicita una apelación por parte de la Junta de Audiencias de MassHealth.



### ¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación de nivel 2 fue dirigida a la Junta de Audiencias de MassHealth, la Junta de Audiencias le enviará una carta en la que se explicará su decisión.

- Si la Junta de Audiencias **acepta** parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos aprobar el servicio, conforme a dicha decisión, en el plazo de las 72 horas.
- Si la Junta de Audiencias **no acepta** su solicitud, en su totalidad o en parte, significa que está de acuerdo con la decisión de la apelación de nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si su apelación fue dirigida a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), la IRE le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la IRE dice que **sí** a una parte o a todo lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de las 72 horas o proporcionarle el servicio o artículo en el plazo de los 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si tenía una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o proporcionarle el servicio o artículo en el plazo de las 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice que **sí**, en su totalidad o en parte, a lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en el plazo de las 72 horas después de recibir la decisión de la IRE. Si tenía una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en el plazo de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice que **no** a su solicitud, en su totalidad o en parte, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

### ¿Qué sucede si apelé tanto a la Junta de Audiencias como a la Entidad de Revisión Independiente, y estas tienen decisiones diferentes?

Si la Junta de Audiencias o la Entidad de Revisión Independiente dicen que **sí** a todo o parte de lo que usted solicitó, le daremos el servicio o artículo aprobado que esté más cerca de lo que usted solicitó en su apelación.



### **Si se rechaza toda o parte de mi solicitud, ¿puedo presentar otra apelación?**

- Si su apelación de nivel 2 pasó a la Junta de Audiencias de MassHealth, puede continuar apelando ante la Corte Suprema de la Mancomunidad de Massachusetts.
- Si su apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que quiere alcanza un monto mínimo determinado. La carta que recibe de la IRE de revisión independiente le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener.
- Si su apelación de nivel 2 fue dirigida a la Junta de Audiencias de MassHealth y a la IRE, ambas opciones de apelación adicionales están disponibles para usted.

Consulte la Sección I en la página 221 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

### **E5. Problemas de pago**

Con One Care, existen reglas para obtener servicios y artículos. Una de las reglas es que el servicio o artículo debe estar cubierto por nuestro plan. Otra regla es que debe obtener el servicio o artículo de uno de los proveedores de nuestra red. Consulte el Capítulo 3, Sección B, para leer todas las reglas. Si sigue todas las reglas, entonces pagaremos sus servicios y artículos.

Si no está seguro de si pagaremos un servicio o artículo que desea obtener o un proveedor que desea usar, **consulte a su socio de atención o a Servicios para miembros antes de recibir el servicio**. Su socio de atención o Servicios para miembros le informará si el plan pagará o si necesita solicitarnos una decisión de cobertura.

Si elige obtener un servicio o artículo que puede no estar cubierto por nuestro plan, o si recibe un servicio o artículo de un proveedor que no trabaja con nuestro plan, no pagaremos automáticamente el servicio o artículo. En ese caso, es posible que deba pagar el servicio o artículo usted mismo. Si eso sucede y desea pedirnos que le devolvamos el dinero, comience leyendo el Capítulo 7: “Solicitarnos que paguemos una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que deba solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.



### ¿Qué sucede si sigo las reglas para obtener servicios y artículos, pero recibí una factura de un proveedor?

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le exige que pague el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.

### ¿Puedo pedirles que me devuelva el dinero por un servicio o artículo que pagué?

Recuerde: si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero, si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si solicita que se le devuelva el dinero, está solicitando una decisión de cobertura. Nosotros decidiremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto, y verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo en el plazo de los 60 días calendario después de recibir su solicitud.
  - O bien, si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Al enviar el pago, quiere decir que decimos que “sí” a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted **no** siguió todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

### ¿Qué sucede si decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección E3 en la página 186. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para recibir un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en el plazo de los 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos solicita que le reembolsemos un servicio o artículo que ya recibió y pagó por usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.



Si respondemos que **no** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el plazo de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en el plazo de los 60 días calendario.
- Si la IRE dice que **no** a su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que le correspondan. Podrá volver a presentar una apelación solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un cierto monto mínimo. Consulte la Sección I en la página 221 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si respondemos que **no** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto por MassHealth, no puede apelar ante la Junta de Audiencias de MassHealth en el caso de apelaciones sobre pagos.

---

## F. Medicamentos de la Parte D

### F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que MassHealth puede cubrir. **Esta sección se aplica solo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con un DP. Estos medicamentos no son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo DP siguen el proceso de la **Sección E** en la página 183.



## ¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como por ejemplo:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan.
  - Solicitarnos que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).

**NOTA:** Si su farmacia le informa que su receta no puede surtirse, recibirá un aviso en el que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto solicita una decisión de cobertura sobre el pago.

**El término legal** para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Use la tabla a continuación para decidir qué sección tiene información para su situación.



<b>¿En cuál de estas situaciones se encuentra?</b>			
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que exceptuemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	¿Desea pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y pagó?	¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea que esté cubierto o pagado?
<b>Puede solicitarnos hacer una excepción.</b> (Esto es un tipo de decisión de cobertura).	<b>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</b>	<b>Puede pedirnos que le devolvamos el dinero.</b> (Esto es un tipo de decisión de cobertura).	<b>Puede presentar una apelación.</b> (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos la decisión).
Comience con la <b>Sección F2</b> en la página 199. Consulte también las Secciones F3 y F4 en las páginas 200 y 201.	Pase a la <b>Sección F4</b> en la página 201.	Pase a la <b>Sección F4</b> en la página 201.	Pase a la <b>Sección F5</b> en la página 204.



## F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una excepción.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que extienda la receta necesitará explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que extienda la receta pueden solicitar que hagamos lugar.

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.

2. Eliminar una restricción en nuestra cobertura. Se aplican normas o restricciones adicionales a determinados medicamentos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección C del Capítulo 5).

- Las normas o restricciones adicionales a la cobertura para determinados medicamentos incluyen:
  - Que se le requiera usar una versión genérica de un medicamento en lugar de un medicamento de marca.
  - Que obtenga la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto algunas veces se denomina “autorización previa” [PA]). Debemos proporcionar los criterios de necesidad médica para obtener la aprobación del plan para un medicamento si usted, su proveedor o MassHealth nos lo solicitan.
  - Que se le exija probar un medicamento diferente primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
  - Que haya límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede tener.

**El término legal** para solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción a la farmacopea”**.



### **F3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones**

#### **Su médico u otra persona que extienda la receta deben informarnos los motivos médicos.**

Su médico u otra persona que extienda receta debe brindarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico o de otra persona que extienda la receta cuando solicita la excepción.

En general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estos se denominan fármacos “alternativos”. Si un fármaco alternativo fuera tan eficaz como el fármaco que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

#### **Diremos que sí o que no a su solicitud de excepción**

- Si decimos que **sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es verdad siempre que su proveedor de atención médica siga recetando el medicamento para usted y que el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si decimos que **no** a su solicitud de una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión al presentar una apelación. La Sección F5 en la página 211 le informa cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

La siguiente Sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



#### **F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción**

##### **Qué hacer**

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que extienda receta) pueden hacer esto. Puede llamarnos al 866-610-2273 (TTY 711). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otra persona que extienda la receta) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D en la página 158 para averiguar cómo dar permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No es necesario que le dé a su médico u otra persona que extienda la receta autorizada por escrito para que nos solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. El Capítulo 7 describe los momentos en los que es posible que necesite solicitar un reembolso. También le informa cómo enviarnos la documentación en la que nos pide que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otra persona que extienda la receta deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. A esto lo llamamos “declaración de respaldo”.

##### **De un vistazo: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago**

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para preguntar, o pídale a su representante o médico u otra persona que extienda la receta que lo haga. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en el plazo de las 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de un medicamento de la Parte D que ya pagó en 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otra persona que extienda la receta.
- Usted o su médico u otra persona que extienda la receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en el plazo de las 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de calificar para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.



- Su médico u otra persona que extienda receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otra persona que extienda la receta también puede informarnos por teléfono y luego enviarnos una declaración por fax o correo postal.

### Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”

Utilizaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos acordado usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en el plazo de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

**El término legal** para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede recibir una decisión de cobertura rápida **solo si solicita un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión de cobertura urgente si nos solicita que le devolvamos el costo de un medicamento que ya compró).

Puede recibir una decisión rápida de cobertura **solo si el plazo límite estándar podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad funcional**.

Si su médico u otra persona que extienda la receta nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos darle una decisión de cobertura rápida.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otra persona que extienda la receta), decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, seguiremos los plazos estándares.
  - Le enviaremos una carta para informarle al respecto. La carta le indicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
  - Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja en el plazo de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 222.



### **Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”**

- Si usamos los plazos rápidos, debemos brindarle nuestra respuesta en el plazo de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. O bien, si solicita una excepción, esto significa en el plazo de las 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico o de la persona que extienda la receta que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que sí** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura en el plazo de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de su médico o de la persona que extienda la receta que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta explicándole por qué la rechazamos. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido**

- Si usamos los plazos estándares, debemos brindarle nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. O bien, si solicita una excepción, esto significa en el plazo de las 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico o de la persona que extienda la receta que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es sí** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o dar la cobertura en el plazo de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de respaldo de su médico o persona que extienda la receta.
- **Si nuestra respuesta es no** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta **explicándole por qué la rechazamos**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



### Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en el plazo de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es sí** a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le haremos el pago en un plazo de 14 días calendario.
- **Si nuestra respuesta es no** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta explicándole por qué la **rechazamos**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



## F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otra persona que extienda la receta, o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación estándar enviando una solicitud por escrito. **También puede solicitar una apelación llamándonos al 866-610-2273 (TTY 711).**
- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Presente su solicitud de apelación **en el plazo de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si se excede del plazo y tiene un buen motivo para ello, podemos brindarle más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de una buena razón incluyen: usted tuvo una enfermedad grave; o le proporcionamos información incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711).

### De un vistazo: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o la persona que extienda la receta, o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o por fax. También puede solicitar una apelación llamándonos al 866-610-2273 (TTY 711).

- Pregunte **en el plazo de los 60 días** calendario de la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por un buen motivo, aún puede apelar.
- Usted, su médico o la persona que extienda la receta, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de calificar para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

**El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otra persona que extienda la receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.



### Si su salud lo requiere, solicita una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomó nuestro plan sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otra persona que extienda la receta necesitarán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección F4 de la página 208.

**El término legal para “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.**

### Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión

- Analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que **no** a su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otra persona que extienda la receta para obtener más información. El revisor será alguien que no tomó la decisión de cobertura original.

### Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos la respuesta en 72 horas, le enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí** a una parte o a todo lo que solicitó, debemos darle la cobertura en el plazo de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación.
- **Si nuestra respuesta es no** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta explicándole por qué la **rechazamos**.

### Plazos para una “apelación estándar”

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en el plazo de los 7 días calendario después de recibir su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró. Si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta en el plazo de los 14 días calendario después de que recibamos su apelación. Si piensa que su salud lo requiere, debe solicitar una “apelación rápida”.



- Si no le damos una decisión en el plazo de los 7 días calendario, o de los 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí** a una parte o a todo lo que solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero no más de 7 días calendario después de que recibamos su apelación o 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en el plazo de los 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es no** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta **explicándole por qué la rechazamos** y le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.



## F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si decimos que **no** a su apelación, puede elegir si aceptará esta decisión o presentará otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe realizarse por escrito. La carta que enviamos sobre nuestra decisión en la apelación de nivel 1 explicará cómo solicitar la apelación de nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, le enviaremos su expediente del caso. Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso. Para hacerlo, debe llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711).
- Tiene derecho a proporcionar a la IRE otra información para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan ni es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La entidad le enviará una carta en la que se le explicará esta decisión.

### De un vistazo: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revise su caso, su solicitud de apelación debe realizarse por escrito.

- Pregunte **en el plazo de los 60 días** calendario de la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por un buen motivo, aún puede apelar.
- Usted, su médico u otra persona que extienda la receta, o su representante pueden solicitar la apelación de nivel 2.
- Lea este capítulo para asegurarse de calificar para una decisión rápida. Léala también para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

**El término legal** para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.



### Plazos para una “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicita a la Entidad de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la IRE acepta presentarle una apelación rápida, debe responder su apelación de nivel 2 en el plazo de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice que **sí** a una parte o a todo lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura del medicamento en el plazo de las 24 horas después de conocer la decisión.

### Plazos para una “apelación estándar” de nivel 2

- Si tiene una apelación estándar de nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe responder su apelación de nivel 2 en el plazo de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, o en el plazo de los 14 días calendario si nos solicitó que le reembolsáramos un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice que **sí** a una parte o a todo lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura del medicamento en el plazo de las 72 horas después de conocer la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago en el plazo de los 30 días calendario después de conocer la decisión.

### ¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de nivel 2?

Decir que **no** significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si desea ir al nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben cumplir con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor al mínimo, ya no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.



## **G. Solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada**

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico, su socio de atención y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que abandone el hospital. También ayudarán a organizar cualquier atención que necesite después de su alta hospitalaria.

- El día que deja el hospital se llama su “fecha de alta hospitalaria”.
- Su proveedor o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital antes de tiempo, puede solicitar una estancia en hospital más larga. Esta sección le indica cómo realizar la solicitud.

### **G1. Sus derechos de Medicare si es admitido en el hospital**

En el transcurso de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, un asistente social o enfermero le dará un aviso llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pregúntele a algún empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso en detalle y consulte si no entiende algo. El “Mensaje importante” le informa sobre sus derechos como paciente de un hospital, incluidos sus derechos a:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital; conocer cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su estancia en el hospital.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención médica hospitalaria.
- Apelar su decisión de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos. Firmar el aviso no significa que usted acepta la fecha de alta hospitalaria que su proveedor de atención médica o el personal del hospital le hayan informado.

Conserve su copia del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.



- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede consultar el aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros o a Medicare a los números que figuran arriba.

## G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un período más prolongado, debe solicitar una apelación. Una Organización para la Mejora de la Calidad realizará la revisión de la apelación de nivel 1 para averiguar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted. En Massachusetts, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

**Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a KEPRO al: 1-888-319-8452 (TTY 711).**

### ¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de abandonar el hospital y a más tardar en la fecha de alta planificada. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad.

- **Si llama antes de retirarse**, se le permitirá permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada sin pagarlo mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para la Mejora de la Calidad.
- **Si no llama para hacer la apelación** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

### De un vistazo: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su Massachusetts al 1-888-319-8452 y solicite una revisión rápida.

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha de alta programada.



**Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles, consulte la Sección G4 en la página 212.

Queremos estar seguros de que entiende lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273. También puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), que se llama SHINE en Massachusetts. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas que son sordas, o tienen problemas auditivos o discapacidades del habla): 1-800-439-2370 (solo en Massachusetts). También puede obtener ayuda de My Ombudsman llamando al 1-855-781-9898 (o mediante MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante una videollamada telefónica [VP] al 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

## ¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare.

### Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización para la Mejora de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta hospitalaria. Solicitar una “revisión rápida” significa que solicita que la organización use los plazos rápidos para una apelación en lugar de usar los plazos estándar.

**El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.**

## ¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores revisarán su registro médico, hablarán con su proveedor y revisarán toda la información relacionada con su estancia en hospital.



- A más tardar al mediodía del día posterior a que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una carta que le indicará su fecha de alta planificada. La carta explica los motivos por los que su proveedor de atención médica, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted reciba el alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito se denomina “Aviso detallado del alta hospitalaria”. También puede obtener una muestra al llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede consultar un ejemplo de aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

### ¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad dice que **sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios mientras sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad dice que **no** a su apelación, significa que su fecha del alta hospitalaria planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, nuestra cobertura para los servicios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.
- Si la Organización para la Mejora de la Calidad dice que **no** y usted decide permanecer en el hospital, es posible que tenga que pagar por su estancia continuada en el hospital. El costo de la atención hospitalaria que usted puede tener que pagar comienza al mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una apelación de nivel 2.

### G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar una apelación de nivel 2. Deberá comunicarse con la Organización para la Mejora de la calidad nuevamente y solicitar otra revisión.



Solicite la revisión de nivel 2 **en el plazo de los 60 días** calendario posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad dijo que **no** a su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se quedó en el hospital después de la fecha en que su cobertura de atención médica finalizó.

En Massachusetts, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO en: **1-888-319-8452**.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- En el plazo de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión.

**De un vistazo: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de Massachusetts al 1-888-319-8452 y solicite otra revisión.

**¿Qué sucede si la respuesta es sí?**

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

**¿Qué sucede si la respuesta es no?**

Significa que la Organización para la Mejora de la Calidad está de acuerdo con la decisión del nivel 1 y no la cambiará. La carta que reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estancia después de la fecha del alta hospitalaria prevista.

**G4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar una apelación?**

Si no cumple con el plazo para presentar una apelación, existe otra manera de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2, denominada apelaciones alternativas.

**Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (que es en el transcurso de los 60 días o a más tardar en su fecha de alta planificada, lo que



ocurra primero), puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estancia en el hospital. Realizamos una verificación para corroborar si la decisión sobre el momento en que debe abandonar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una revisión rápida.
- **Si decimos que sí a su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Continuaremos cubriendo los servicios hospitalarios durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.
- Si decimos que no a su revisión rápida, estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible **que deba pagar el costo** total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.
- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que **no** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la Entidad de Revisión Independiente. Cuando esto sucede, usted pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

### De un vistazo: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.



## **Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Enviaremos la información para su apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en el plazo de las 24 horas de haberle dado nuestra decisión de nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección J en la página 220 le informa cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su revisión rápida. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores generalmente responden en el plazo de las 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- Si la IRE dice que **sí** a su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista de su alta. También debemos seguir cubriendo sus servicios para pacientes hospitalizados siempre que sean médicamente necesarios.
- Si la IRE dice que **no** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada.
- La carta que reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que es manejada por un juez.

**NOTA:** También puede solicitar una apelación de nivel 2 a la Junta de Audiencias de MassHealth. La Sección E4 en la página 191 le indica cómo apelar ante la Junta de Audiencias.

---

## **H. Qué hacer si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto**

Esta sección trata sobre los siguientes tipos de atención solamente:

- Servicios de atención médica domiciliaria.



- Atención de enfermería especializada en un centro de atención de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que recibe como paciente externo en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto significa que recibe tratamiento para una enfermedad o accidente, o que se recupera de una operación importante.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos durante el tiempo que el proveedor de atención médica diga que los necesita.
  - Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando su cobertura para esta atención finalice, dejaremos de pagar su atención.

Si piensa que dimos por finalizada la cobertura demasiado pronto **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

### **H1. Le informaremos por adelantado cuando su cobertura esté por finalizar**

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Se llama "Aviso de ausencia de cobertura de Medicare". El aviso por escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que la recibió. Firmarla **no** significa que está de acuerdo con el plan en que es momento de dejar de recibir la atención.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar.

### **H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención**

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar su apelación, debe entender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y seguir los plazos que aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe seguir. (Si considera que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección J de la página 230 le informa cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con:



- Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711)
- El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), que se llama SHINE en Massachusetts. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas que son sordas, o tienen problemas auditivos o discapacidades del habla): 1-800-439-2370 (solo en Massachusetts) ○
- o bien, comuníquese con My Ombudsman, llamando al 1-855-781-9898 (o usando el MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante una videollamada telefónica (VP) 339-224-6831). Además, puede hacerlo por correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org)

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que tomó nuestro plan. En Massachusetts, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO en: 1-888-319-8452. La información sobre apelar a la Organización para la Mejora de la Calidad también se encuentra en el “Aviso de ausencia de cobertura de Medicare”. Este es el aviso que recibió cuando le dijeron que dejaríamos de cubrir su atención.

### ¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare.

### ¿Qué debe pedir?

Pídales una “apelación rápida”. Esta es una revisión independiente de si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios.

### ¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de recibir el aviso por escrito en la que se le informe cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación

### De un vistazo: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar al plan que continúe su atención

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de Massachusetts al 1-888-319-8452 y solicite una “apelación rápida”.

Llame antes de abandonar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de la fecha de alta planificada.



directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 218.

**El término legal** para el aviso por escrito es “**Aviso de ausencia de cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY, personas que tienen dificultades auditivas o del habla, deben llamar al 1-877-486-2048). O puede consultar un modelo de aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices).

### ¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando solicite una apelación, el plan debe escribirle una carta a usted y a la Organización para la Mejora de la Calidad explicando por qué deben finalizar sus servicios.
- Los revisores también revisarán sus registros médicos, hablarán con su proveedor de atención médica y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- **En el transcurso de un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, ellos le informarán su decisión.** Recibirá una carta en la que se le explicará esta decisión.

**El término legal** para la carta que explica por qué deben finalizar sus servicios es “**Explicación detallada de la ausencia de la cobertura**”.

### ¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen que **sí** a su apelación, debemos continuar proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.



### ¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que **no** a su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de atención de enfermería especializada o un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, es posible que deba pagar el costo total de esta atención usted mismo.

### H3 Apelación de nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para la Mejora de la Calidad respondió que **no** a la apelación **y** usted decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura de atención haya finalizado, puede presentar una apelación de nivel 2.

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para la Mejora de la Calidad analizará nuevamente la decisión que tomaron en el nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión del nivel 1, es posible que usted deba pagar el costo total de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

En Massachusetts, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO en: 1-888-319-8452. Solicite la revisión de nivel 2 **en el plazo de los 60 días** calendario posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad dijo que **no** a su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la Mejora de la Calidad tomará su decisión en el plazo de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación.

#### De un vistazo: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que el plan cubra su atención durante más tiempo

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de Massachusetts al 1-888-319-8452 y solicite otra revisión.

Realice la llamada antes de dejar la agencia o el centro que le brinda atención y antes de la fecha de alta planificada.



### ¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. Debemos continuar brindando cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

### ¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- La carta que reciba le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo avanzar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

## H4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra manera de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2, denominadas apelaciones alternativas.

### Apelación alternativa de nivel 1 para continuar su atención por más tiempo

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, echamos De un vistazo a toda la información sobre su atención médica domiciliaria, atención en un centro de atención de enfermería especializada o atención que recibe en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). Verificamos si la decisión sobre cuándo deben finalizar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una revisión rápida.

#### De un vistazo: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para miembros y solicite una revisión rápida.

Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.



- **Si decimos que sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en que seguiremos cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.
- **Si decimos que no** a su revisión rápida, estamos diciendo que interrumpir sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le dijimos que dejarían de recibirlos, es posible **que deba pagar el costo** total de los servicios.

Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que **no** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la Entidad de Revisión Independiente. Cuando esto sucede, usted pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

**El término legal** para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

### **Apelación alternativa de nivel 2 para continuar su atención por más tiempo**

Enviaremos la información para su apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en el plazo de las 24 horas de haberle dado nuestra decisión de nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección J en la página 230 le informa cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su revisión rápida. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores generalmente le darán una respuesta en el plazo de las 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está conectada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

#### **De un vistazo: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que el plan continúe con su atención**

No tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la entidad de revisión independiente.



- **Si la IRE dice que sí** a su apelación, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. También debemos seguir cubriendo sus servicios siempre que sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE dice que no** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la interrupción de la cobertura de servicios fue médicamente apropiada.

La carta que reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que es manejada por un juez.

**NOTA:** También puede solicitar una apelación de nivel 2 a la Junta de Audiencias de MassHealth. La Sección E4 en la página 197 le indica cómo apelar ante la Junta de Audiencias.



## I. Llevar su apelación más allá del nivel 2

### I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia de un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de nivel 3 es un ALJ o un juez de abogados. Si desea que un ALJ o un abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que solicita debe cumplir con un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle al ALJ o al mediador que escuche su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o del mediador, puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, es posible que tenga derecho a solicitar a un tribunal federal que analice su apelación.

Si necesita asistencia en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con My Ombudsman al 1-855-781-9898 (los intérpretes están disponibles para personas que no hablan inglés). Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante una videollamada telefónica (VP) al 339-224-6831. También puede enviar un correo electrónico a My Ombudsman a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

### I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de MassHealth

También tiene más derechos de apelación si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 para los servicios y artículos de MassHealth, y ambas apelaciones han sido rechazadas. Puede solicitar una revisión de su apelación a un juez.

Si necesita asistencia en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con My Ombudsman al 1-855-781-9898 (los intérpretes están disponibles para personas que no hablan inglés). Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante una videollamada telefónica (VP) al 339-224-6831. También puede enviar un correo electrónico a My Ombudsman a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).



## J. Cómo presentar una queja

### J1. Qué tipos de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas, como problemas *relacionados* con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

#### Quejas sobre la calidad

- No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

#### Quejas sobre privacidad

- Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

#### Quejas sobre un servicio al cliente deficiente

- Un proveedor o personal de atención médica fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de CCA One Care lo trató mal.
- Cree que lo están sacando del plan.

#### Quejas sobre accesibilidad

- Los servicios y centros de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor no son accesibles para usted.
- Su proveedor no le brinda una adaptación razonable que usted necesite, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

#### Quejas sobre la paridad de la salud mental

- Los servicios de salud mental no están disponibles de la misma manera que los servicios de salud física. Para obtener más información, consulte la Sección J4 en la página 226.

#### Quejas sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla.

---

#### De un vistazo: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 233.

---



- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o Servicios para miembros u otro personal del plan le han hecho esperar demasiado.

### **Quejas sobre la limpieza**

- Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del proveedor no están limpios.

### **Quejas sobre el acceso al idioma**

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

### **Quejas sobre nuestras comunicaciones**

- Cree que no le dimos un aviso o carta que debería haber recibido.
- Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de comprender.
- Ha solicitado comunicaciones en un formato alternativo (como letra grande, braille, grabación, etc.) y no aceptamos su solicitud.

### **Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones**

- Cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Cree que no enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente a tiempo.

**El término legal** para una “queja” es una “**queja formal**”.

**El término legal** para “presentar una queja” es “**presentar una queja formal**”.

### **¿Existen diferentes tipos de quejas?**

**Sí.** Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Nuestro plan presenta una queja interna y la revisa. Una queja externa es presentada y revisada por una organización que no está afiliada a nuestro plan. **Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante una videollamada telefónica (VP) 339-224-6831).**



## J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es acerca de un medicamento de la Parte D, debe presentarse **en el plazo de los 60 días calendario** después de que haya tenido el problema por el que desea presentar una queja.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios para miembros se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Así es como funciona:**
  - Servicios para miembros registrará la queja en la base de datos de miembros y hará un seguimiento de cualquier diálogo posterior pertinente a la queja dentro del mismo registro. Le proporcionaremos un acuse de recibo oportuno de su queja.
  - Si es posible, el personal de Servicios para miembros intentará resolver la queja por teléfono.
  - Usted o un representante autorizado pueden participar en la conversación y ofrecer sugerencias o ideas para resolver el problema o asunto.
  - Si la queja no se puede resolver por teléfono, se llevará a cabo un proceso más formal. Las respuestas a una queja se basarán en lo que sea mejor para el miembro de acuerdo con la política y el procedimiento del plan.
  - La investigación se completará lo antes posible. Respondemos la mayor parte de las quejas en el plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si necesitamos más tiempo, lo llamaremos y le enviaremos un aviso por escrito.
  - Usted o su representante autorizado recibirán una llamada telefónica (o carta, si se solicita) de nuestro plan con una respuesta a la queja.
  - Si le preocupa la calidad de la atención que recibe, incluida la atención durante una estancia en el hospital, puede presentar una queja al plan, y el Departamento de Mejora de la Calidad del plan la investigará. También puede presentar una queja ante KEPRO, la Organización para la Mejora de la Calidad de Massachusetts. Para obtener más información sobre la Organización para la Mejora de la Calidad en Massachusetts, consulte el Capítulo 2, Sección H, de este manual.

**El término legal para “queja rápida” es “queja formal acelerada”.**



Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayor parte de las quejas en el plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted, o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque le negamos su solicitud de una “respuesta rápida” a una decisión o apelación de cobertura, le daremos automáticamente una respuesta “rápida” a su queja en el plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o una apelación, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja en el plazo de las 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestros motivos. Responderemos, ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

### **J3. Quejas externas**

#### **Puede informar a Medicare sobre su queja**

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare toma sus quejas seriamente y usaremos esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

#### **Puede informar a MassHealth sobre su queja**

Puede presentar una queja ante MassHealth. Puede hacerlo llamando al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-800-497-4648.

#### **Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles**

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no ha sido tratado de manera justa. Por ejemplo, puede



presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la Oficina de Derechos Civiles en:

Office for Civil Rights – New England Region  
U.S. Department of Health and Human Services  
Government Center  
J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875  
Boston, MA 02203

Centro de respuesta al cliente: 800-368-1019; TDD: 800-537-7697  
Fax: 202-619-3818  
Correo electrónico: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidad. También puede obtener ayuda de My Ombudsman llamando al 1-855-781-9898 (o mediante MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante una videollamada telefónica [VP] 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

### **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad.**

Cuando su queja es acerca de la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad (**sin** presentar la queja ante nosotros).
- Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con esta para resolverla.

La Organización para la Mejora de la Calidad está formada por un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención médica brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para la Mejora de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Massachusetts, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-319-8452.

### **J4. Quejas sobre la paridad de la salud mental**

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención administrada, incluida CCA One Care, brinden servicios de salud conductual a los miembros de MassHealth



de la misma manera en que brindan servicios de salud física. Esto es lo que se denomina “paridad”. En general, esto significa que debemos:

1. proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental y de consumo de sustancias que para otros problemas físicos que usted tenga;
2. tener requisitos de PA y limitaciones de tratamiento que no sean más estrictos para los servicios de salud mental y consumo de sustancias en comparación con los servicios de salud física;
3. proporcionarle a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica utilizados por el plan para la PA a solicitud suya o de su proveedor; **y**
4. proporcionarle, en un plazo razonable, el motivo de cualquier denegación de autorización para los servicios de salud mental o de trastorno de consumo de sustancias.

Si cree que no estamos proporcionando paridad como se explicó anteriormente, tiene derecho a presentar una queja interna. Para obtener más información sobre las quejas internas y cómo presentarlas, consulte la Sección J2 en la página 226.

También puede presentar una queja ante MassHealth. Puede hacerlo llamando al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-800-497-4648.



## Capítulo 10: Finalización de su membresía en CCA One Care

---

### Introducción

Este capítulo le informa cuándo y cómo puede finalizar su membresía en CCA One Care. También le brinda información sobre las opciones de cobertura de salud si abandona CCA One Care. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Mientras siga cumpliendo con los requisitos para Medicare y MassHealth, puede abandonar CCA One Care y conservar sus beneficios de Medicare y MassHealth. Si tiene más de 65 años y decide abandonar One Care, no podrá inscribirse en un plan One Care más adelante.

Si cree que desea finalizar su membresía en nuestro plan, hay algunas maneras en las que puede obtener más información sobre lo que sucederá y cómo puede seguir recibiendo los servicios de Medicare y MassHealth.

- Llame al Servicio de atención al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-497-4648.
- O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Comuníquese con un asesor de SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidad del habla) deben llamar al 1-800-439-2370.



**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org).

## Índice

- A. Cuándo puede finalizar su membresía en CCA One Care .....254
- B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan .....254
- C. Cómo inscribirse en un plan One Care diferente .....255
- D. Cómo obtener los servicios de Medicare y MassHealth por separado .....256
  - D1. Formas de obtener sus servicios de MassHealth .....256
  - D2. Formas de obtener sus servicios de Medicare .....256
- E. Otras opciones .....259
- F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía.....260
- G. Reglas contra la solicitud de que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud o discapacidad .....261
- H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan.....261



---

## A. Cuándo puede finalizar su membresía en CCA One Care

Puede finalizar su membresía en el plan CCA One Care en cualquier momento del año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan One Care o pasándose a Original Medicare.

Su membresía finalizará el último día del mes después de que recibimos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo). Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en la tabla de la página 240.
- Servicios de MassHealth en la página 240.

Puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su membresía llamando a:

- Servicio de atención al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-497-4648.
- Un consejero de SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidad del habla) deben llamar al 1-800-439-2370.
- O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-877-486-2048.

**NOTA:** Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5, Sección G, para obtener información sobre los programas de manejo de medicamentos.

---

## B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, llame a MassHealth o a Medicare y dígales que desea abandonar CCA One Care.

- Llame al Servicio de atención al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla) pueden llamar al 1-800-497-4648; **O**



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 254

- Envíe a MassHealth un formulario de decisión de inscripción. Puede obtener el formulario en [www.mass.gov/one-care](http://www.mass.gov/one-care), o llamando al 866-610-2273 (TTY 711) si necesita que le enviemos uno por correo postal; **O BIEN**
- En ocasiones en las que el Servicio de atención al cliente de MassHealth esté cerrado, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan en la tabla de la página 232.

Su cobertura con CCA One Care finalizará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

---

## C. Cómo inscribirse en un plan One Care diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y MassHealth juntos de un solo plan, puede inscribirse en un plan One Care diferente.

Para inscribirse en un plan One Care diferente:

- Inscribese en línea en: [www.mass.gov/one-care](http://www.mass.gov/one-care)
- Llame al Servicio de atención al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-497-4648
- Dígales que desea abandonar CCA One Care y unirse a un plan One Care diferente. Si no está seguro de a qué plan desea unirse, pueden informarle sobre los planes One Care en su área **O**
- Envíe a MassHealth un formulario de decisión de inscripción. Puede obtener el formulario en [www.mass.gov/one-care](http://www.mass.gov/one-care), o llamando al 866-610-2273 (TTY 711) si necesita que le enviemos uno por correo postal

Su cobertura con CCA One Care finalizará el último día del mes en que recibamos su solicitud.



## D. Cómo obtener los servicios de Medicare y MassHealth por separado

Si no desea inscribirse en un plan One Care diferente después de abandonar CCA One Care, volverá a recibir sus servicios de Medicare y MassHealth por separado.

### D1. Formas de obtener sus servicios de MassHealth

Recibirá sus servicios de MassHealth directamente de médicos y otros proveedores utilizando su tarjeta de MassHealth. Esto se denomina “pago por servicio”. Sus servicios de MassHealth incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo, así como los servicios de salud conductual.

### D2. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa de Atención Médica Integral para las Personas de Edad Avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un plan de salud de Medicare o en un PACE.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-439-2370.</li> </ul> <p>Su cobertura de CCA One Care finalizará el último día del mes anterior al inicio de la cobertura de su nuevo plan.</p>
---	--



**2. Puede cambiar a:**

**Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente**

**Esto es lo que tiene que hacer:**

O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370.

Su cobertura de CCA One Care finalizará el último día del mes anterior al inicio de la cobertura de Original Medicare.



**3. Puede cambiar a:****Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente**

**NOTA:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, excepto que usted indique a Medicare que no quiere unirse.

Solo debe dar de baja la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370.

**Esto es lo que tiene que hacer:**

O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare y optar por no tener un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370.

Su cobertura de CCA One Care finalizará el último día del mes anterior al inicio de la cobertura de Original Medicare.



---

## E. Otras opciones

Algunas personas que deciden no unirse a un plan One Care pueden unirse a un tipo diferente de plan para obtener sus beneficios de Medicare y MassHealth juntos.

- Si tiene 55 años o más, puede ser elegible para inscribirse en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (PACE) (se aplican criterios adicionales). PACE ayuda a los adultos mayores a permanecer en la comunidad en lugar de recibir atención en un centro de atención de enfermería.
- Si tiene 65 años o más cuando abandona CCA One Care, es posible que pueda inscribirse en un plan de Opciones de atención para adultos mayores (Senior Care Options, SCO).

Para obtener información sobre los planes PACE o SCO y saber si puede unirse a uno, llame al Servicio de atención al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla).. Siga recibiendo sus servicios y medicamentos de Medicare y MassHealth a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si abandona CCA One Care, debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan hasta que comience el mes siguiente.

- Utilice proveedores de la red para recibir atención médica.
- **Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que su membresía de CCA One Care finaliza, su estancia en hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que se le dé el alta.



---

## F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía

Estos son los casos en los que MassHealth o Medicare deben finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no cumple con los requisitos para MassHealth y su período de consideración de 2 meses ha finalizado. Nuestro plan es para personas que cumplen con los requisitos tanto para Medicare como para MassHealth.
- Si se une a un programa de exención de servicios domiciliarios y comunitarios (Home and Community Based Services, HCBS) de MassHealth
- Se muda fuera del área de servicio.
- Si se muda a un centro de atención intermedia operado por el Departamento de Servicios de Desarrollo de Massachusetts.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
  - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro de este modo.
  - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.
- Si tiene u obtiene otro seguro integral para medicamentos recetados o atención médica.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención.
  - Si su membresía finaliza por este motivo, Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso, y MassHealth puede pedirle a la Oficina de Investigaciones Especiales que investigue su caso.

También podemos pedirle que abandone nuestro plan si se comporta continuamente de una manera tan disruptiva que no podemos brindarle atención a usted ni a otros miembros de nuestro plan. Solo podemos obligarlo a retirarse si primero obtenemos el permiso de Medicare y MassHealth.



---

## G. Reglas contra la solicitud de que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud o discapacidad

Si considera que le pedimos que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud o discapacidad, 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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También debe llamar al Servicio de atención al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-497-4648.

También puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (línea gratuita), de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.

- Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla.
- Use una videollamada telefónica (Videophone, VP) para llamar al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o que tienen problemas auditivos.
- También puede enviar un correo electrónico a My Ombudsman a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org).

---

## H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o quisiera obtener más información sobre cuándo podría finalizar su membresía, puede llamar a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711).



## Capítulo 11: Avisos legales

---

### Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en CCA One Care. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

### Índice

A. Aviso sobre las leyes .....	263
B. Aviso sobre no discriminación .....	263
C. Aviso sobre CCA One Care como segundo pagador.....	265
C1. Subrogación .....	265
C2. Derecho de reembolso del plan de salud .....	265
D. Aviso sobre prácticas de privacidad .....	266
E. Nueva tecnología.....	266



## A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid, y las leyes estatales sobre el programa de Medicaid. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

---

## B. Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan y cada compañía o agencia que trabaja con Medicare y MassHealth deben obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o contra el trato injusto. No discriminamos ni lo tratamos diferente por motivos de edad, experiencia con reclamos, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro el área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Además, no discriminamos a los miembros ni lo tratamos de manera diferente debido a apelaciones, comportamiento, identidad de género, capacidad mental, recepción de atención médica, uso de servicios, afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, estado civil, credo, asistencia pública o lugar de residencia.

Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para miembros.

Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de algún otro modo por su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar una queja formal ante:



Commonwealth Care Alliance, Inc.  
Civil Rights Coordinator  
30 Winter Street  
Boston, MA 02108  
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711)  
Fax: 857-453-4517  
Correo electrónico: [civilrightscordinator@commonwealthcare.org](mailto:civilrightscordinator@commonwealthcare.org)

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o bien, por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

También puede consultar el Capítulo 8, Sección B, “Nuestra responsabilidad de tratarlo con respeto, equidad y dignidad en todo momento”, para obtener más información.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local al [617-963-2917](tel:617-963-2917). Los usuarios de TTY deben llamar al [617-727-4765](tel:617-727-4765). También puede visitar <https://www.mass.gov/how-to/file-a-civil-rights-complaint> para obtener más información.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para miembros puede ayudarlo.



## **C. Aviso sobre CCA One Care como segundo pagador**

A veces, otra persona tiene que pagar primero por los servicios que usted recibe de nosotros. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o si sufre una lesión en el trabajo, el seguro o la compensación de trabajadores debe pagar primero. Luego, si es necesario, pagaremos.

CCA One Care tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago de los servicios cubiertos cuando otra persona tiene que pagar primero.

### **C1. Subrogación**

La subrogación es el proceso mediante el cual CCA One Care recupera algunos o todos los costos de su atención médica de otra aseguradora. Algunos ejemplos de otras aseguradoras incluyen:

- Su seguro de vehículo motorizado o de propietario de vivienda
- El seguro del vehículo motorizado o del propietario de una persona que causó su enfermedad o lesión
- Indemnización laboral

Si un asegurador que no sea CCA One Care debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, CCA One Care tiene derecho a solicitarle a ese asegurador que nos pague. Salvo que la ley exija lo contrario, la cobertura de CCA One Care en virtud de esta póliza será secundaria cuando otro plan, incluida, entre otros, la cobertura de pago médico en virtud de una póliza de seguro de automóvil o vivienda, le proporcione cobertura para servicios de atención médica.

### **C2. Derecho de reembolso del plan de salud**

Si recibe dinero de una demanda o acuerdo por una enfermedad o lesión, CCA One Care tiene derecho a pedirle que pague el costo de los servicios cubiertos que pagamos. No podemos hacer que usted nos pague más que la cantidad de dinero que obtuvo de la demanda o el acuerdo.

Como miembro de CCA One Care, usted acepta lo siguiente:

- Informarnos sobre cualquier evento que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de CCA One Care.
- Cooperar con CCA One Care cuando le solicitemos información y asistencia con la coordinación de beneficios, subrogación o reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a CCA One Care con sus derechos de subrogación y reembolso.



- Autorizar a CCA One Care a investigar, solicitar y divulgar información que sea necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, subrogación y reembolso en la medida permitida por la ley.

Si no está dispuesto a ayudarnos, es posible que deba pagarnos los costos en los que podamos incurrir, incluidos los honorarios razonables de abogados, para hacer cumplir nuestros derechos en virtud de este plan.

---

## D. Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta. Revise detenidamente este Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

El Aviso de prácticas de privacidad describe cómo CCA One Care puede usar y divulgar su información médica; explica sus derechos con respecto a su información médica; y describe cómo y dónde puede presentar una queja relacionada con la privacidad. El Aviso explica cuándo se necesita o no una autorización para compartir su información con otras personas. El Aviso está disponible en todo momento en el sitio web de CCA One Care, en el Capítulo 8, Sección D2, de este manual, y a solicitud.

---

## E. Nueva tecnología

De manera periódica, revisamos nuevos procedimientos, dispositivos, tratamientos y medicamentos para determinar si son seguros y efectivos para los miembros. Las nuevas tecnologías que se consideran seguras y eficaces son elegibles para convertirse en Servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, incluida la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles u otras contribuciones de pago que le correspondan al miembro.

Cualquier dispositivo, tratamiento médico, medicamento, suministro o procedimiento cuyas seguridad y eficacia no hayan sido establecidas ni probadas se considera experimental, de investigación o no comprobada. Las terapias de investigación o no probadas no son médicamente necesarias y están excluidas de la cobertura, a menos que estén cubiertas explícitamente por Medicare o por los manuales del plan de CCA.

Cuando determinamos si dar cobertura a nuevas tecnologías para un miembro individual debido a sus circunstancias clínicas particulares, o porque se han agotado todas las demás opciones de tratamiento y existen motivos para creer que la intervención solicitada será exitosa, uno de nuestros directores médicos hace una determinación de necesidad médica basada en la documentación médica del miembro individual, revisa publicaciones de evidencias científicas y,



---

**Si tiene preguntas**, llame a CCA One Care al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.ccama.org](http://www.ccama.org). 266

cuando es apropiado, consulte con un profesional con especialidad o experiencia profesional relevante.



## Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

---

### Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo el *Manual para miembros* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para miembros.



**Actividades de la vida diaria:** cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Medida adversa:** Una acción, o la falta de acción, por parte de CCA One Care que usted puede apelar. Esto incluye:

- CCA One Care rechazó o aprobó un servicio limitado que su proveedor solicitó;
- CCA One Care redujo, suspendió o finalizó una cobertura que ya había sido aprobada;
- CCA One Care no pagó un artículo o servicio que usted considera que es un Servicio Cubierto;
- CCA One Care no resolvió su solicitud de autorización de servicio dentro de los plazos requeridos;
- no pudo obtener un servicio cubierto de un proveedor de la red de CCA One Care en un plazo razonable; **y**
- CCA One Care no actuó dentro de los plazos para revisar una decisión de cobertura y darle una decisión.

**Ayuda pagada pendiente:** obtener sus beneficios mientras espera una decisión de apelación. Esta continuación de la cobertura se denomina “ayuda pagada pendiente”.

**Centro de cirugía ambulatoria:** un centro que brinda servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención en el centro.

**Apelación:** una manera formal de que usted cuestione nuestra decisión si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos o revoquemos nuestra decisión presentando una apelación. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder obtener. El Capítulo 9 explica las apelaciones, lo que incluye informarle cómo presentar una apelación.

**Servicios de salud conductual:** tratamientos para la salud mental y el consumo de sustancias.

**Medicamento de marca:** un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía que fabricó el medicamento por primera vez. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.



**Socio de atención:** una persona principal que trabaja con usted, CCA One Care y sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

**Equipo de atención:** un equipo que puede incluir médicos, enfermeros, consejeros, otros profesionales de la salud y otras personas que usted elija y que le ayuden a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayudará a elaborar un plan de atención personalizado (ICP).

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** la agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo contactar a los CMS.

**Queja o queja formal:** una declaración escrita o verbal que indica que usted tiene una inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

**Evaluación integral:** una revisión de los antecedentes médicos y la afección actual de un paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

**Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF):** un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Proporciona una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Continuidad de la atención:** la cantidad de tiempo que puede seguir utilizando sus proveedores y recibiendo sus servicios actuales después de convertirse en miembro de CCA One Care. El período de continuidad de la atención dura 90 días o hasta que se complete su evaluación integral y su plan de atención personalizado (ICP).

**Decisión de cobertura:** una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** término que usamos para hacer referencia a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

**Servicios cubiertos:** el término general que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica, servicios y apoyo a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.



**Capacitación sobre competencia cultural:** es una formación adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor los antecedentes, valores y creencias que usted tiene, para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

**Cancelación de la inscripción:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección, por ejemplo, si ya no cumple con los requisitos para MassHealth).

**Equipo médico duradero (DME):** ciertos artículos que su proveedor de atención médica solicita para usar en su propio hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

**Emergencia:** una afección médica que una persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina esperaría que sea tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, podría provocar la muerte, disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, o daño a la función de una parte del cuerpo, o, con respecto a una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud física o mental de su bebé en gestación. Los síntomas médicos de una emergencia incluyen dolor intenso, dificultad para respirar o sangrado no controlado.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia.

**Inscripción:** el proceso de convertirse en miembro de nuestro plan.

**Excepción:** Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto por nuestro plan o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

**Ayuda adicional** Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

**Beneficios flexibles:** Artículos o servicios que no sean Servicios cubiertos. Su plan de salud puede cubrir los beneficios flexibles según se especifica en su plan de atención personalizado (Individualized Care Plan, ICP) y para ayudar a abordar las necesidades.



**Medicamento genérico:** un medicamento recetado que está aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos principios activos que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

**Queja formal:** consulte “Queja o queja formal”.

**Plan de salud:** es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con socios de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

**Auxiliar de atención domiciliaria:** una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios que ordene un proveedor). Los auxiliares de atención domiciliaria no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

**Cuidados paliativos:** un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida.

- El afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos (u hospicio).
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención a toda la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los servicios incluyen enfermería, servicios médicos sociales, médicos, asesoramiento sobre duelo, dieta, espiritual u otros tipos de asesoramiento, terapia física, ocupacional y del lenguaje y el habla, servicios de asistente doméstico/auxiliar de atención domiciliaria, suministros médicos, medicamentos, suministros biológicos y atención para pacientes hospitalizados a corto plazo.
- CCA One Care debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

**Facturación inadecuada/inapropiada:** una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de participación en los costos del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de CCA One Care cuando reciba servicios o recetas. Llame a Servicios para miembros si recibe alguna factura que no entienda. Debido a que CCA One Care paga el costo total de sus servicios, usted no adeuda ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.



**Entidad de revisión independiente (IRE) de Medicare:** la organización independiente contratada por Medicare para revisar las apelaciones externas (de nivel 2) si no decidimos completamente a favor de su apelación Interna.

**Plan de atención personalizado (ICP):** un plan que describe qué servicios de salud recibirá y cómo los recibirá. (También conocido como plan de atención personal individualizado).

**Paciente hospitalizado:** término utilizado cuando usted ha sido admitido oficialmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue admitido oficialmente, aún podría ser considerado paciente ambulatorio en lugar de paciente hospitalizado, incluso si permanece en el hospital durante la noche.

**Apelación de nivel 1:** una solicitud de un miembro a un plan para revisar una medida adversa (también llamada apelación interna).

**Apelación de nivel 2:** una apelación enviada a una organización independiente no relacionada con el plan para revisar la decisión del plan sobre una apelación de nivel 1 (la primera etapa en una apelación externa para un servicio de Medicare).

**Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** una lista de medicamentos recetados cubiertos por CCA One Care. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de proveedores y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “farmacopea”.

**Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS):** asistencia para que pueda permanecer en su hogar en lugar de ir a un asilo de ancianos o a un hospital.

**Coordinador de apoyo a largo plazo (LTS):** una persona que trabaja con usted y su equipo de atención para asegurarse de que reciba los servicios y el apoyo que necesita para vivir de forma independiente.

**MassHealth:** MassHealth es el programa de Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts.

**Junta de Audiencias de MassHealth (BOH):** la Junta de Audiencias dentro de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), Oficina de Medicaid.



**Medicaid (o Medical Assistance):** un programa administrado por los gobiernos federales y estatales que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y los servicios y apoyo a largo plazo.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid cambian de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en Massachusetts. MassHealth es el programa de Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts.

**Médicamente necesarios:** servicios que son razonables y necesarios:

- para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
- para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado; **o**
- médicamente necesario de cualquier otra forma en virtud de la ley de Medicare.

De acuerdo con las leyes y reglamentaciones de Medicaid, y según MassHealth, los servicios son médicamente necesarios si:

- Podrían calcularse razonablemente para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones que pongan en peligro su vida, le causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o causen una enfermedad o dolencia; **y**
- No hay otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione bien y que sea adecuado para usted y que sea menos costoso.

La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con estándares de atención médica reconocidos profesionalmente, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha necesidad médica y calidad.

**Medicare:** el programa federal de seguro de salud para ciertas personas: personas de 65 años de edad o más, personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, esto significa personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).



**Plan Medicare Advantage:** un programa de Medicare, también conocido como “Planes Medicare Parte C” o “Plan MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

**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.

**Afiliado de Medicare-Medicaid:** una persona que califica para la cobertura de Medicare y también para la de Medicaid. El afiliado de Medicare-Medicaid también se denomina “individuo doblemente elegible”.

**Medicare Parte A:** el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de hospital, centro de atención de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y cuidados paliativos.

**Medicare Parte B:** el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

**Medicare Parte C:** el programa de Medicare que permite que las compañías de seguro médico privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado plan Medicare Advantage.

**Medicare Parte D:** el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para abreviar, llamamos a este programa “Parte D”). La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o MassHealth. CCA One Care incluye la Parte D de Medicare.

**Medicamentos de la Parte D de Medicare:** medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D de Medicare. (Consulte la Lista de medicamentos para ver los medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D, pero MassHealth puede cubrir algunos de estos medicamentos.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona con Medicare y MassHealth que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y MassHealth.



**Manual para miembros e información de divulgación:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional, que explica su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

**Servicios para miembros:** un departamento dentro de nuestro plan cuyo trabajo es responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para miembros.

**Farmacia de la red:** las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir las recetas de los miembros de nuestro plan. Las denominamos “farmacias de la red” porque acordaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que usamos para médicos, dentistas, enfermeros y otras personas que le brindan atención y servicios de atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptar nuestro pago y no cobrar a nuestros miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.
- Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Centro o asilo de ancianos:** un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

**Ombudsman:** una persona u organización en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. Los servicios de defensoría del miembro son gratuitos. Los servicios de defensoría del miembro de One Care son proporcionados por My Ombudsman. Puede encontrar más información sobre My Ombudsman en los Capítulos 2 y 9 de este manual.



**Determinación de la organización:** una decisión de un plan o de uno de sus proveedores sobre si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio):** Medicare ofrecido por el gobierno. Conforme a Original Medicare, Medicare paga a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Estos montos de pago son establecidos por el Congreso.

- Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no desea participar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro que no es propiedad de nuestro plan, no está empleado ni es operado por nuestro plan y no ha acordado trabajar con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 explica el uso de los proveedores o centros fuera de la red.

**Medicamentos de venta libre (OTC):** medicamentos de venta libre se refiere a cualquier medicamento que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

**Parte A:** consulte “Medicare Parte A”.

**Parte B:** consulte “Medicare Parte B”.

**Parte C:** consulte “Medicare Parte C”.

**Parte D:** consulte “Medicare Parte D”.

**Parte D, Medicamentos de la:** Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.



**Información médica personal (también denominada información médica protegida; PHI):** información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de CCA One Care para obtener más información sobre cómo CCA One Care protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

**Información de identificación personal (PII):** información que puede usarse para distinguir o rastrear la identidad de una persona, ya sea sola o combinada con otra información que está vinculada o puede vincularse a una persona específica.

**Proveedor de cuidado primario (PCP):** su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor que usted utiliza primero para la mayoría de los problemas de salud.

- Se asegura de que obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable. Trabjará con su equipo de atención.
- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de cuidado primario.

**Autorización previa (PA):** una aprobación de CCA One Care que usted debe obtener antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o usar un proveedor fuera de la red. Es posible que CCA One Care no cubra el servicio o medicamento si usted no obtiene la aprobación.

Algunos servicios médicos dentro de la red tienen cobertura solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene la PA de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan una PA de nuestro plan están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

**Prótesis y ortopedia:** son dispositivos médicos que su médico u otro proveedor de atención médica le indican. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para los brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.



**Organización para la Mejora de la Calidad (QIO):** un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con una QIO en Massachusetts.

**Límites de cantidad:** un límite en la cantidad de un medicamento que puede obtener. Puede haber límites en la cantidad del medicamento que cubrimos para cada receta.

**Herramienta de beneficios en tiempo real:** un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

**Derivación:** una derivación significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle su aprobación antes de que pueda usar a alguien que no sea su PCP. Como miembro de CCA One Care, no necesita una derivación para usar especialistas que están en nuestra red. Puede encontrar más información sobre las derivaciones en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren derivaciones en el Capítulo 4.

**Servicios de rehabilitación:** tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante, lo que incluye fisioterapia, terapia fonoaudiológica y terapia ocupacional. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

**Área de servicio:** un área específica cubierta por un plan de salud (algunos planes de salud aceptan miembros solo si viven en un área determinada). Para los planes que limitan qué proveedores de atención médica y hospitales puede usar, en general, es también el área en donde puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden recibir CCA One Care.

**Centro de atención de enfermería especializada (SNF):** un centro de atención de enfermería con personal y equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.



**Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF):** servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de forma continua y todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un SNF incluyen la fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que solo un enfermero matriculado o un proveedor pueden aplicar.

**Especialista:** un proveedor de atención médica que presta atención médica para una enfermedad o partes del cuerpo específicas.

**Terapia escalonada:** una regla de cobertura que requiere que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

**Subrogación:** un proceso de sustitución de un acreedor por otro, que se aplica si usted tiene un derecho legal de pago de una persona u organización porque otra parte fue responsable de su enfermedad o lesión. Podemos utilizar este derecho de subrogación, con o sin su consentimiento, para recuperar de la parte responsable o de la aseguradora de esa parte el costo de los servicios prestados, o los gastos en los que incurramos y que estén relacionados con su enfermedad o lesión.

**Ingreso de seguridad suplementario (SSI):** un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, son ciegas, o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Atención de urgencia:** atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda llegar a ellos.

**Especialista en salud de la mujer:** un especialista, incluido un obstetra o ginecólogo, dentro de la red de proveedores de CCA One Care para servicios cubiertos que proporciona servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.



## Servicios para miembros de CCA One Care

<p><b>LLAME</b></p>	<p>866-610-2273</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p><b>Horario de atención:</b> de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p> <p>Servicios para miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas.</p>
<p><b>TTY</b></p>	<p>711 (MassRelay)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p><b>Horario de atención:</b> de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p>
<p><b>FAX</b></p>	<p>617-426-1311</p>
<p><b>POR CORREO</b></p>	<p>Commonwealth Care Alliance, Inc.                  Member Services Department                  30 Winter Street                  Boston, MA 02108</p>
<p><b>SITIO WEB</b></p>	<p><a href="http://www.ccama.org">www.ccama.org</a></p>

