

2027

Commonwealth Care
Alliance® One Care
(HMO D-SNP)

Manual para los miembros





Manual para los miembros de CCA One Care (HMO D-SNP)

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

**Su cobertura de salud y para medicamentos a través de
Commonwealth Care Alliance® One Care (HMO D-SNP)**

Introducción al Manual para los miembros

Este *Manual para los miembros*, también denominado *Evidencia de Cobertura*, le informa sobre su cobertura en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias), la cobertura para medicamentos y los servicios y apoyos de atención a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el **Capítulo 12** de este *Manual para los miembros*.

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

Cuando este *Manual para los miembros* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro/a” o “nuestro plan”, significa CCA One Care (HMO D-SNP)

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Puede obtener gratuitamente este documento en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille y/o audio, llamando a Servicios para los miembros al número que figura al final de esta página. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.

Mantendremos en nuestros registros su solicitud de formatos alternativos e idiomas especiales para futuros envíos de correspondencia. Comuníquese con Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY:711) para cambiar sus preferencias de idioma y/o formato.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Aviso de disponibilidad Servicios de interpretación

English: If you speak English, free language assistance services are available. Auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. También están disponibles sin costo recursos auxiliares y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 如果您讲普通话，我们可以提供免费的语言协助服务。此外，还免费提供以无障碍格式提供信息的辅助工具和服务。请致电 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 如果您講粵語，我們可以提供免費的語言協助服務。此外，還免費提供以無障礙格式提供資訊的輔助工具和服務。請致電 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga pantulong na tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles. Des aides et services auxiliaires permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Vietnamese: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và phương tiện phụ trợ cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được miễn phí. Gọi 1-866-610-2273 (TTY: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer +1-866-610-2273 (TTY: 711) an.

Korean: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-610-2273 (TTY: 711) 으로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Звоните по номеру 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية المجانية. وتتوفر أيضًا مساعدات وخدمات إضافية لتوفير المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूप में सूचना उपलब्ध कराने के लिए सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-610-2273 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Se parla italiano, può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche dei servizi e supporti ausiliari che forniscono informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Portuguese: se você fala português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis. Recursos e serviços auxiliares para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Cape Verdean Creole: Si bu ta papia Kriolu di Kabu Verdi, sirvisus di apoiu lingustikui ta sta dispunível. També ta sta dispunível apoiu y sirvisus ausiliaris pa da informason na formatus asesível. Txoma pa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Haitian Creole: Si ou pale kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans lang gratis ki disponib. Gen èd ak sèvis oksilyè pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib ki disponib gratis tou. Rele 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話せる方は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。受け入れ可能な方法で情報を入手するための補助手段やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-610-2273 (TTY: 711) にお電話ください。

Gujarati: જો તમે ગુજરાતી બોલનાર છો, તો મફત ભાષા સહાય સેવા ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ ફોર્મેટમાં પ્રદાન કરવા માટે સહાયક સહાય અને સેવા પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-866-610-2273 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Lao/Laotian: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາພຣີ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແມ່ນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Greek: Εάν μιλάτε ελληνικά, διατίθενται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Διατίθενται επίσης δωρεάν βοηθητικά μέσα και υπηρεσίες για την παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμη μορφή. Καλέστε στο 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះនឹងមានការផ្តល់ជូនសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ជំនួយ និងសេវាក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក៏នឹងមានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅ 1-866-610-2273 (TTY: 711)។

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Manual para los miembros de 2027

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro	10
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	24
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos.....	39
Capítulo 4: Tabla de beneficios	69
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos	160
Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid).....	186
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen que pagar ningún costo por los servicios cubiertos.	193
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	205
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	230
Capítulo 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan	287
Capítulo 11: Avisos legales	299
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	304

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Descargos de responsabilidad

- ❖ Los beneficios podrían cambiar el 1 de enero de 2028.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pudiera afectarlo con al menos 30 días de anticipación.
- ❖ CCA One Care (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y con MassHealth (Medicaid) para proporcionar a las personas inscritas los beneficios de ambos programas. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- ❖ Este plan es un programa voluntario que está disponible para cualquier persona de 21 a 64 años de edad que reúna los requisitos para MassHealth Standard o CommonHealth y Original Medicare, y que no tenga ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare.
- ❖ Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros o lea el Manual para los miembros de CCA One Care. Esto significa que es posible que usted tenga que pagar algunos servicios y que tenga que cumplir algunas normas para que CCA One Care pague sus servicios.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711). Esta llamada es gratuita.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Estamos abiertos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, en el mismo horario, los siete días de la semana.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- ❖ Información sobre la recuperación del patrimonio: La ley federal requiere que MassHealth (Medicaid) recupere dinero de los patrimonios de ciertos miembros de MassHealth (Medicaid) que tengan 55 años de edad o más, y que tengan cualquier edad y estén recibiendo atención a largo plazo en un centro de cuidados u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de patrimonio de MassHealth (Medicaid), visite www.mass.gov/estaterecovery.
- ❖ La cobertura de CCA One Care es una cobertura de salud que reúne los requisitos, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (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 para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre CCA One Care (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), y sobre su membresía en él. También le indica qué puede esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de este *Manual para los miembros*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan	12
B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)	12
B1. Medicare	12
B2. MassHealth (Medicaid).....	12
C. Ventajas de nuestro plan	13
D. Área de servicio de nuestro plan	15
E. Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan	15
F. Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	16
G. Su equipo de atención médica y su plan de atención.....	17
G1. Equipo de atención médica.....	17
G2. Plan de atención	18
H. Resumen de costos importantes	18
I. Este Manual para los miembros	18
J. Otra información importante que recibe de nosotros	19
J1. Su tarjeta de identificación de miembro	19
J2. Directorio de proveedores y de farmacias.....	20
J3. Lista de medicamentos cubiertos	21

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



J4. La Explicación de beneficios.....	21
K.Cómo mantener actualizado su registro de inscrito	22
K1. Privacidad de su información de salud personal (PHI).....	22

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A. Bienvenido a nuestro plan

CCA One Care (HMO D-SNP) es un plan One Care: MassHealth (Medicaid) más un plan de Medicare. Un plan One Care está compuesto por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), proveedores de salud conductual, proveedores para el trastorno por consumo de sustancias, organizaciones basadas en la comunidad que pueden asistir con necesidades sociales relacionadas con la salud, y otros proveedores de atención médica. En un plan One Care, un Coordinador de atención trabajará con usted para desarrollar un plan que cubra sus necesidades específicas de salud. Un Coordinador de atención también lo ayudará a administrar todos sus proveedores, servicios y apoyos. Todos ellos trabajan juntos para brindarle la atención que usted necesita.

One Care es un programa administrado por Massachusetts y el gobierno federal para proporcionar mejor atención de la salud a las personas que tienen tanto Medicare como MassHealth (Medicaid).

B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y
- personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) es el nombre del programa de Medicaid del estado de Massachusetts. MassHealth (Medicaid) es administrado por Massachusetts y financiado por Massachusetts y el gobierno federal. MassHealth (Medicaid) ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y los costos médicos. Cubre los servicios y los medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que cumplan con las normas federales.

Medicare y Commonwealth of Massachusetts aprobaron nuestro plan. Puede obtener los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan siempre que:

- usted sea elegible para participar en One Care;
- ofrezcamos el plan en su condado **y**
- Medicare y Commonwealth of Massachusetts nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Aunque nuestro plan deje de ofrecerse en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **Usted no paga ningún monto adicional por inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted puede trabajar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención médica que usted ayuda a formar. Su equipo de atención médica puede estar formado por usted mismo, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Se trata de una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención médica para ayudar a elaborar un plan de atención.
- También puede elegir tener un Coordinador de apoyos a largo plazo (Long-Term Supports, LTS). Los servicios y apoyos de atención a largo

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



plazo son para las personas que necesitan ayuda para realizar tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar alimentos y tomar medicamentos.

- Un Coordinador de LTS lo ayudará a encontrar y obtener los LTSS y/u otros servicios basados en la comunidad o de salud conductual.
 - Tanto el Coordinador de atención como el Coordinador de LTS trabajan con su Equipo de atención médica para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- Usted puede dirigir su propia atención médica con la ayuda de su equipo de atención médica y de su coordinador de atención.
- Su equipo de atención médica y su coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención médica ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención médica se asegura de que:
 - Sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma para que puedan asegurarse de que esté tomando los medicamentos adecuados y reducir cualquier efecto secundario que pudieran provocar.
 - Los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



D. Área de servicio de nuestro plan

Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para los miembros* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.



E. Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible, **y**
- actualmente cumpla con los requisitos para MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth, **y**
- no esté inscrito en una exención de los Servicios basados en el hogar y en la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) de MassHealth; **y**

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- no tenga otro seguro médico.
- Si pierde su elegibilidad para MassHealth (Medicaid), pero se puede esperar que la vuelva a obtener en un plazo de un mes, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por CCA One Care. Cuando finalice su cobertura de MassHealth (Medicaid), no pagaremos sus beneficios de MassHealth (Medicaid).

Lo ayudaremos a recuperar su elegibilidad para MassHealth (Medicaid). Si su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) se restablece mientras usted todavía está inscrito con nosotros para recibir su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de MassHealth (Medicaid), y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar MassHealth (Medicaid) en un plazo de un mes, cancelaremos su inscripción en CCA One Care. Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de que cancelemos su inscripción, usted deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

El **Capítulo 4, Sección C** le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante este período.

Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

F. Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, recibirá una Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA), también conocida como “Evaluación integral”, dentro de los 90 días posteriores a su inscripción en el plan.

Tenemos que realizarle una HRA. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales. La HRA también incluirá:

- Una evaluación médica de su estado de salud, incluidos los servicios actuales y las necesidades inmediatas, las afecciones de salud, los medicamentos y el historial médico pasado que contiene el estado funcional y el bienestar físico
- Información social y de estilo de vida, incluidos los requisitos de accesibilidad, las necesidades de equipos y las consideraciones ambientales, una evaluación de su necesidad de servicios y apoyos de atención a largo plazo, incluida la evaluación de sus necesidades para ayudarlo a vivir de manera independiente o segura en la

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



comunidad, y ayuda para que comprenda qué opciones de servicios y apoyos a largo plazo pueden ser mejores para usted

- Preferencias y objetivos
- Y otros temas relacionados con nuestra conversación

Nos pondremos en contacto con usted para programar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una consulta en persona en el lugar que usted elija. Nos comunicaremos con usted anualmente para ver si sus necesidades han cambiado.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si CCA One Care es un plan nuevo para usted, puede seguir utilizando sus médicos y recibiendo sus servicios actuales por 90 días o hasta que su HRA y su plan de atención estén completos. Esto se denomina período de Continuidad de la atención. Si está tomando algún medicamento de la Parte D de Medicare cuando se une a nuestro plan, puede obtener un suministro temporal. Lo ayudaremos a realizar la transición a otro medicamento si es necesario.

Después de los primeros 90 días, necesitará usar médicos y otros proveedores de la red de CCA One Care (HMO D-SNP). 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 recibir atención de las redes de proveedores.

G. Su equipo de atención médica y su plan de atención

G1. Equipo de atención médica

Un equipo de atención médica puede ayudarlo para que siga recibiendo la atención médica que necesita y desea. Un equipo de atención médica puede estar conformado por su médico, un coordinador de atención, sus especialistas u otro profesional de la salud de su elección. Juntos, usted y su Equipo de atención médica elaborarán su plan de atención.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención médica que necesita y desea. Usted obtiene un coordinador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan posiblemente no proporcione y trabajará con su equipo de atención médica para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y su equipo de atención médica.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



G2. Plan de atención

Su equipo de atención médica trabaja con usted para elaborar un plan de atención. El plan de atención le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual, y servicios y apoyos de atención a largo plazo.

Su plan de atención incluye:

- su lista de objetivos de salud, vida independiente y recuperación, así como cualquier inquietud que pudiera tener y los pasos necesarios para abordarlos, **y**
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de su Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA). Le preguntan qué servicios necesita. También le informan sobre los servicios que es recomendable que considere recibir. Su plan de atención se elabora en función de sus necesidades y objetivos. Usted estará en el centro del proceso de elaboración de su plan de atención.

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

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene prima.

I. Este *Manual para los miembros*

Este *Manual para los miembros* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos cumplir todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, tal vez pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual para los miembros* llamando a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página. También puede consultar el *Manual para los miembros* que se encuentra en nuestro sitio web.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo tener acceso a un *Directorio de proveedores y de farmacias*, así como información sobre cómo tener acceso a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos* o *Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

En nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), que incluye los Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), algunos servicios de salud conductual y medicamentos con receta. Deberá mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Este es un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

 commonwealth care alliance CCA One Care (HMO D-SNP)	
Commonwealth Care Alliance® One Care (HMO D-SNP) is a managed care plan that contracts with both Medicare and MassHealth (Medicaid).	
Member Name: <Cardholder Name> Member ID: <Cardholder ID#> Care Coordination: 1-866-610-2273 (TTY: 711)	 RxBIN: <RxBIN#> RxPCN: <RxPCN#> RxGRP: <RxGRP#>
H1486-001	

In an emergency, call 911 or go to the nearest hospital room. Call your primary care provider or care coordinator as soon as possible.	
Member Services 24-Hour Nurse Advice Line: MA Behavioral Health Help Line: Pharmacy Help Desk: Provider Services: Routine Dental: Routine Hearing (NationsHearing): Routine Vision (EyeMed): Website:	1-866-610-2273 (TTY: 711) 1-833-687-7372 (TTY: 711) 1-833-773-2445 1-866-693-4620 (TTY: 711) 1-866-420-9332 1-866-610-2273 (TTY: 711) 1-877-277-9196 (TTY: 711) 1-877-493-4586 (TTY: 711) CommonwealthCareAlliance.org/MA
Send Claims To: Commonwealth Care Alliance Attn: Claims Department P.O. Box 1127 Dayton, Ohio 45401-1127	Send Dental Claims To: CCA Claims P.O. Box 508 Milwaukee, WI 53201

Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al número que figura al final de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de MassHealth (Medicaid) para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor podría facturarle a Medicare en lugar de hacerlo a nuestro plan y es posible que usted reciba una factura. Se le podría pedir que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para los miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de proveedores y de farmacias

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

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y de farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página. Las solicitudes de Directorios de proveedores y de farmacias en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y de farmacias* que se encuentra en la dirección web que figura al final de la página.

Tanto Servicios para los miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre nuestros proveedores de la red, proveedores de atención primaria, 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 nuestra red incluyen:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que usted puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que proporcionen servicios de salud en nuestro plan; y
 - agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y otros que proporcionen bienes y servicios que usted obtenga a través de Medicare o MassHealth (Medicaid).

Los proveedores de la red acuerdan aceptar el pago por parte de nuestro plan de 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 aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Salvo en caso de emergencia, debe surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan lo ayude a pagar los medicamentos.

Llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página para obtener más información. Tanto Servicios para los miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos *Lista de medicamentos* para abreviar. Indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) serán incluidos en su *Lista de medicamentos* a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el **Capítulo 5, Sección E**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de CCA One Care (HMO D-SNP).

La *Lista de medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame a Servicios para los miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que figura al final de la página.

J4. La Explicación de beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y hacer un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB).

La EOB le indica la cantidad total que usted, u otros en su nombre, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que usted toma. El **Capítulo 6** de su *Manual para los miembros* proporciona más información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.

K. Cómo mantener actualizado su registro de inscrito

Para mantener actualizado su registro de inscrito, avísenos cuando su información cambie.

Necesitamos esta información para asegurarnos de tener su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de inscrito para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y sus montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos de inmediato lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, o compensación laboral;
- cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico;
- admisión en un centro de atención de enfermería o un hospital;
- atención recibida en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o en cualquier persona responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia algún tipo de información, llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.

K1. Privacidad de su información de salud personal (PHI)

La información en su registro de miembro puede incluir su información de salud personal (Personal Health Information, PHI). Las leyes federales y estatales requieren que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



detalles acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para los miembros*.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

En este capítulo encontrará información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas para que lo defiendan. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de este *Manual para los miembros*.

Índice

A.Servicios para los miembros.....	25
B.Su Coordinador de atención	27
C.SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)	29
D.Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)	30
E.Medicare.....	31
F.MassHealth (Medicaid)	33
G.Ombudsman (Defensor).....	34
H.Programa Defensor de la Atención a Largo Plazo (Long-Term Care Ombudsman)...	36
I.Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos	36
I1. Ayuda adicional de Medicare.....	36
J.Seguro Social.....	37
K.Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)	38

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A. Servicios para los miembros

LLAME AL	866-610-2273. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana.
FAX	617-426-1311
ESCRIBA A	Commonwealth Care Alliance PO Box 8738 Dayton, OH 45401-8738
SITIO WEB	CommonwealthCareAlliance.org/MA

Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamaciones o facturación
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos
 - el monto que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.
- apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que hemos tomado sobre su cobertura y pedirnos que la cambiemos si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* o comuníquese con Servicios para los miembros.
- quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluidos los proveedores de la red y los proveedores fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) sobre la calidad de la atención recibida (consulte la **Sección D**).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 866-610-2273.
 - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección de arriba).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - También puede llamar a My Ombudsman (Mi defensor) para obtener ayuda con **cualquier** tipo de queja o para que lo ayuden a presentar una apelación. (Consulte la **Sección G** para obtener la información de contacto de My Ombudsman (Mi defensor)).
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos o
 - el monto que pagamos por sus medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare, a los medicamentos con receta de MassHealth (Medicaid) y a los medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) de MassHealth (Medicaid).
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
 - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.
- pago de la atención médica o de los medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para los miembros*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.

B. Su Coordinador de atención

Un coordinador de atención es la persona que trabaja con usted, el plan de salud y su equipo de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Cuando usted pasa a ser miembro de nuestro plan, se le asigna un coordinador de atención. Consulte el Capítulo 3, Sección C para obtener más información sobre los coordinadores de atención y cómo puede cambiar su coordinador de atención si no es el adecuado para usted.

LLAME AL	866-610-2273. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana.
FAX	617-426-1311
ESCRIBA A	Commonwealth Care Alliance, Inc. PO Box 8738 Dayton, OH 45401-8738
SITIO WEB	CommonwealthCareAlliance.org/MA

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- preguntas sobre el transporte
- preguntas sobre cómo recibir servicios médicos y servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)
- preguntas sobre cómo obtener ayuda con la alimentación, la vivienda, el empleo y otras necesidades sociales relacionadas con la salud
- preguntas sobre su plan de atención

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- preguntas sobre las aprobaciones de servicios que sus proveedores han solicitado
- preguntas sobre los beneficios de los Servicios cubiertos flexibles (Flexible Covered Services) y cómo solicitarlos

C. SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone).

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

LLAME AL	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-439-2370 (<i>Massachusetts solamente</i>) Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Llame al número que figura arriba para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Comuníquese con SHINE para recibir ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- los asesores de SHINE pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de planes,

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- responder preguntas sobre un cambio de plan,
- presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y
- solucionar problemas con sus facturas.

D. Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Acentra Health. Consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-319-8452
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Acentra Health QIO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

Comuníquese con Acentra Health para recibir ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos respecto de la atención médica
- cómo presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención como recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo,
 - cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto, o

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- cree que la atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

E. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) o CMS. Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CHAT EN VIVO	Chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



SITIO WEB

www.medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan.
- Encuentre médicos u otros proveedores y suministradores de atención médica que participan en Medicare.
- Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



F. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Massachusetts Medicaid) ayuda con los costos médicos y de los servicios y apoyos a largo plazo a las personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en MassHealth (Medicaid). Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de MassHealth (Medicaid), la información de contacto se encuentra a continuación.

LLAME AL	1-800-841-2900
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	MassHealth (Medicaid) Customer Service 55 Summer Street Boston, MA 02110
CORREO ELECTRÓNICO	membersupport@mahealth.net
SITIO WEB	www.mass.gov/MassHealth

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



G. Ombudsman (Defensor)

My Ombudsman (Mi defensor) es un programa independiente que puede ayudarle si usted tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Los servicios de My Ombudsman (Mi defensor) son gratuitos. El personal de My Ombudsman (Mi defensor):

- Puede responder sus preguntas o remitirle al lugar correcto para que encuentre lo que necesita.
- Puede ayudarle a abordar un problema o una inquietud con One Care o con su plan de One Care, CCA One Care (HMO D-SNP). El personal de My Ombudsman (Mi defensor) escuchará el problema, lo investigará y analizará con usted las opciones para ayudar a resolverlo.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitarle a su plan One Care, a MassHealth (Medicaid) o a Medicare que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman (Mi defensor) puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelaciones.
- Puede llamar o escribir a My Ombudsman (Mi defensor). Consulte el sitio web de My Ombudsman (Mi defensor) o comuníquese con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación y el horario para acudir sin cita previa.

LLAME AL	1-855-781-9898 (Llamada gratuita)
MassRelay y Videoteléfono (VP)	Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Videoteléfono (VP): 339-224-6831 Este número es para las personas sordas o con problemas de audición.
ESCRIBA A	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4th floor Boston, MA 02111

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



CORREO ELECTRÓNICO	info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



H. Programa Defensor de la Atención a Largo Plazo (Long-Term Care Ombudsman)

El Defensor de la Atención a Largo Plazo (Long-Term Care Ombudsman) ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes o sus familiares.

El Defensor de la Atención a Largo Plazo no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL

617-222-7495

I. Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

I1. Ayuda adicional de Medicare

Dado que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para obtener esta “Ayuda adicional”.

LLAME AL

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

TTY

1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.

Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.

SITIO WEB

www.medicare.gov

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja las inscripciones de Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informar dichos cambios.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



K. Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la RRB, comuníquese si se muda o cambia su dirección postal. Para preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtenga información grabada durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo incluye normas y términos específicos que usted debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos a través de nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de atención, cómo recibir atención por parte de distintos tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluidos farmacias o proveedores fuera de la red), qué hacer si le facturan de manera directa los servicios que cubrimos, y las normas para la posesión de Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de este *Manual para los miembros*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores	42
B. Normas para obtener los servicios cubiertos por nuestro plan	42
C. Su coordinador de atención	44
C1. Qué es un coordinador de atención	44
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención o Coordinador de apoyos de atención a largo plazo	45
C3. Cómo cambiar su coordinador de atención	45
D. Atención por parte de los proveedores	46
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)	46
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	49
D3. Cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan	50
D4. Proveedores fuera de la red	51
E. Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)	52

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



F.Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)	53
G.Cómo recibir atención autodirigida	54
G1. Qué es la atención autodirigida	54
G2. Quién puede recibir atención autodirigida	54
G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal (si corresponde)	55
G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del Equipo de atención médica que el miembro identifica	55
H.Servicios de transporte	55
I.Servicios dentales y de la vista	56
J.Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre	57
J1. Atención en caso de emergencia médica	57
J2. Atención de urgencia	60
J3. Atención durante un desastre	61
K.Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no son responsables del costo de los servicios cubiertos.	62
K1. Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios	62
L.Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	63
L1. Definición de un estudio de investigación clínica	63
L2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica	63
L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	64
M.Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	64
M1. Definición de institución religiosa de atención sanitaria no médica	64

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



M2. Atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	64
N.Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	65
N1. Equipo médico duradero (DME) como miembro de nuestro plan	65
N2. Propiedad del equipo médico duradero (DME) si se cambia a Original Medicare	66
N3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	67
N4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA)	67



A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son la atención médica, los servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), los suministros, los servicios de salud conductual, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica, salud conductual y LTSS se incluyen en el **Capítulo 4** de este *Manual para los miembros*. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta y de venta libre se incluyen en el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le proporcionan servicios y atención y que cuentan con una licencia emitida por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y determinados LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acuerdan aceptar nuestro pago como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que le presten servicios cubiertos a usted. Los proveedores de la red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando usted utiliza un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener los servicios cubiertos por nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid). Esto incluye servicios de salud conductual, servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), y medicamentos con receta y de venta libre (Over-the-Counter, OTC).

Por lo general, nuestro plan paga los servicios de atención médica, servicios de salud conductual y LTSS que usted recibe cuando sigue nuestras normas. Para que nuestro plan cubra estos servicios:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual para los miembros*.
- La atención que reciba debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios son razonables y necesarios:
 - Para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión; o

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada; o
- Sean médicamente necesarios de otro modo conforme a la ley de Medicare
- De acuerdo con la regulación y la ley de MassHealth (Medicaid), y conforme a MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios si:
 - Podrían estimarse razonablemente para prevenir, diagnosticar, aliviar, corregir, curar o evitar el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro su vida, le generan sufrimiento o dolor, causan deformidad o mal funcionamiento físico, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultan en una enfermedad o dolencia; y
 - No hay ningún otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione tan bien, que sea adecuado para usted y que sea menos costoso. La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha necesidad y calidad médica.
- Además, un servicio se considera médicamente necesario cuando el servicio puede:
 - Ayudarle a mejorar, mantenerse igual u optimizar su salud o la capacidad física en su vida diaria; o
 - Evitar que su salud o su capacidad física/desempeño empeoren si la atención se demora, se reduce o no se proporciona.
- Si tiene preguntas acerca de si un servicio es médicamente necesario o no, puede comunicarse con Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711). La llamada es gratuita.
- Para servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)** de la red que brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (consulte la Sección D1 para obtener más información).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia, ni para utilizar un proveedor de salud para la mujer. Puede recibir otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP (consulte la **Sección D1** para obtener más información).
- **Debe recibir atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Generalmente, no cubriremos la atención brindada por un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que usted reciba. A continuación, se presentan algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - Si necesita atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I**).
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionársela, usted puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener la aprobación por adelantado (autorización previa) de nuestro plan antes de solicitar la atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos la atención sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.
 - Si necesita servicios de diálisis renal cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un período breve o cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no sea posible acceder a él. Si es posible, llame a Servicios para los miembros al número que figura al final de la página antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la realización de diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera del área de servicio.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Su Coordinador de atención le ayuda a:

- Entender sus beneficios y acceder a ellos.
- Cumplir con su plan de atención.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Conectarse con recursos comunitarios y programas de apoyo social, como apoyo para la vivienda y la alimentación.

Su Coordinador de atención trabaja con otros proveedores de su equipo. Estos pueden incluir a los siguientes:

- Enfermero
- Proveedor de atención primaria y especialistas
- Coordinador de apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Supports, LTS)
- Y otros

Todas las personas que se inscriben en un plan One Care también tienen derecho a tener un Coordinador de apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Supports, LTS) independiente en su equipo de atención médica.

Un coordinador de LTS trabajará con usted como miembro de su plan One Care para buscar recursos y servicios en su comunidad que puedan brindar apoyo con sus objetivos de recuperación, bienestar e independencia. Estos servicios a veces se denominan servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). Es posible que los coordinadores de LTS también puedan ayudarle a acceder a servicios y recursos de salud conductual.

Los Coordinadores de LTS no trabajan para los planes One Care. Ellos provienen de organizaciones comunitarias independientes y son expertos en áreas como vida independiente, recuperación y envejecimiento. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarlo a abogar por sus necesidades.

Usted puede optar por tener un Coordinador de LTS que trabaje con usted como miembro pleno de su equipo de atención médica en cualquier momento. Este es un servicio gratuito para usted.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención o Coordinador de apoyos de atención a largo plazo

Si necesita comunicarse con su Coordinador de atención o Coordinador de LTS, llame a Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711).

C3. Cómo cambiar su coordinador de atención

Usted puede solicitar cambiar su Coordinador de atención si no es el adecuado para usted. Si necesita más información o ayuda para cambiar su Coordinador de atención, llame a Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



D. Atención por parte de los proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)

Usted debe elegir un PCP para que le brinde y administre su atención.

Definición de PCP y lo que un PCP hace por usted

Su proveedor de atención primaria (PCP) es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Trabaja con su equipo de atención médica. También puede hablar con otros médicos y proveedores sobre su atención y remitirlo a ellos.

Nuestro plan tiene contratos con proveedores de atención primaria que conocen su comunidad y que han desarrollado relaciones de trabajo con especialistas, hospitales, proveedores de atención a domicilio basados en la comunidad y centros de atención de enfermería especializada en su área. Estos pueden incluir Centros de Salud Rural (Rural Health Centers, RHC) y Centros de Salud Calificados Federalmente (Federally Qualified Health Centers, FQHC) según se indica en nuestra red.

Su PCP puede ser un médico de atención primaria con licencia, un enfermero con práctica médica, un asistente médico o un especialista en la salud de la mujer que cumpla con los requisitos del estado y esté capacitado para proporcionarle atención médica general integral. El rol de un PCP:

- **Coordinar los servicios cubiertos** Su PCP, junto con los otros miembros de su equipo de atención médica, es responsable de coordinar toda su atención médica. Su equipo de atención médica puede estar formado por su PCP, Coordinador de atención, coordinador de servicios a largo plazo (Long-Term Services Coordinator, LTSC) (o coordinador de LTS), y otros, si fuera necesario.
- **Asistir en la toma de decisiones sobre una autorización previa (aprobación antes de que usted pueda recibir un servicio)** Se requiere la aprobación por adelantado (autorización previa) de CCA One Care para ciertos servicios antes de que usted los reciba. 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 una autorización previa, consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D. Si bien algunos servicios no requieren una autorización previa, siempre le recomendamos que hable con su PCP y su equipo de atención médica para asegurarse de recibir todos los servicios apropiados.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Una vez que se haya inscrito, su Coordinador de atención, PCP y cualquier otra persona a quien usted elija para que forme parte de su equipo de atención médica, como un cuidador, trabajarán con usted para desarrollar un **Plan de atención individualizado (Individualized Care Plan, ICP)** a fin de abordar sus necesidades de salud y de apoyo, que refleje sus metas y necesidades personales. Usted y su equipo de atención médica volverán a evaluar sus necesidades al menos una vez al año, pero con mayor frecuencia si es necesario. Su Coordinador de atención se comunicará siempre con usted para confirmar cualquier cambio. Una clínica podría ser su proveedor de atención primaria si usted recibe atención en un Centro de Salud Rural (RHC) o en un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC).

Su elección de PCP

Se requiere que cada uno de nuestros miembros tenga un proveedor de atención primaria (PCP) que tenga un contrato con nuestro plan. El PCP que usted elija puede ser un médico de atención primaria con licencia, un enfermero con práctica médica, un asistente médico o un especialista en la salud de la mujer. En sus primeros 90 días en nuestro plan, un especialista en incorporación trabajará con usted para elegir un PCP si usted no tiene uno. Si usted no identifica un PCP actual o no selecciona un PCP dentro de los 90 días posteriores a su inscripción, nosotros le asignaremos un PCP a usted. Puede llamar a Servicios para los miembros si necesita más información o si desea cambiar su PCP al 866-610-2273 (TTY: 711).

Opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, su PCP podría dejar la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Los Coordinadores de atención y nuestros representantes de Servicios para los miembros informan y guían a las personas inscritas para que elijan PCP nuevos o diferentes que satisfagan mejor sus preferencias (por ejemplo, citas después del horario laboral; idioma; accesibilidad). Las selecciones o los cambios de PCP entran en vigencia el primer día del mes correspondiente a la fecha de la solicitud.

Si su PCP deja nuestra red, le informaremos al respecto por correo o por teléfono. Su Coordinador de atención y Servicios para los miembros le ayudarán a elegir otro PCP para que usted pueda seguir recibiendo los servicios cubiertos. Para obtener más información o ayuda, llame a Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, usted necesita la aprobación de su PCP antes de utilizar otros proveedores. Esta aprobación se denomina **remisión**. Usted puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia prestados por proveedores de la red o fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos que requieren atención médica inmediata (pero no se trata de una emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera del área de servicio.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Atención médica de rutina de la mujer y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se los realice un proveedor de la red.
- Además, si usted es elegible para obtener servicios de proveedores de salud para la población india estadounidense, puede acudir a estos proveedores sin necesidad de una remisión.

Si no sabe con certeza si necesita una remisión para obtener un servicio o usar otro proveedor, consulte a su Coordinador de atención, a su PCP, o llame a Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que presta atención médica para una parte del cuerpo o una enfermedad específica. Hay muchos tipos de especialistas, por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen problemas cardíacos.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen problemas óseos, articulares o musculares.

Los proveedores de atención primaria (PCP) tienen determinados especialistas que utilizan para las remisiones. No obstante, usted tiene cobertura para cualquier especialista que forme parte de nuestra red. Si hay especialistas específicos a los que usted desee consultar, debe preguntarle a su PCP si trabaja con esos especialistas y si están en nuestra red. Usted puede cambiar su PCP dentro de nuestra red si desea consultar a un especialista a quien su PCP actual no puede remitirle. Para obtener más información sobre cómo cambiar su PCP, consulte la sección Opción de cambiar su PCP anteriormente en este capítulo. También puede llamar a Servicios para los miembros si necesita más información o ayuda.

Nuestro plan celebra contratos con ciertos centros que prestan atención de rehabilitación, para enfermedades agudas y enfermedades crónicas. Como miembro de nuestro plan, se le remitirá a hospitales con contratos en los cuales su PCP tenga privilegios en lo que respecta a la admisión. Estos centros deberían resultarle conocidos y, a menudo, se encuentran en su comunidad. Consulte el Directorio de proveedores y de farmacias en CommonwealthCareAlliance.org/MA para buscar centros en la red del plan.

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

Se requiere una autorización previa (aprobación por adelantado) de nuestro plan para ciertos servicios antes de que usted los reciba. Su PCP/equipo de atención médica trabaja en estrecha colaboración con nuestro plan para coordinar estos servicios cuando sea necesario. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren una autorización previa, consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D. Si bien algunos servicios no requieren una autorización previa, siempre le recomendamos que hable con su PCP y su equipo de atención médica para asegurarse de recibir todos los servicios apropiados.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



D3. Cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan

Un proveedor de la red con quien usted se atiende podría dejar nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene los derechos y las protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si los proveedores de nuestra red cambian durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente usted está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuación de las terapias o los tratamientos médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado al que usted pueda acceder, debemos coordinar que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un beneficio o un proveedor de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. La atención que usted reciba de proveedores fuera de la red debe contar con la autorización previa proporcionada por nuestro plan antes de que usted solicite la atención.
- Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su atención médica no se está administrando correctamente, usted tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Usted debe recibir su atención de proveedores de la red. Generalmente, el plan no cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no trabaje con nuestro plan. Hay algunas pocas excepciones a tener en cuenta:

- El plan cubre 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 atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección I en este capítulo.
- Si necesita atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionársela, usted puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. La atención que usted reciba de proveedores fuera de la red debe contar con la autorización previa proporcionada por nuestro plan antes de que usted solicite la atención. En esta situación, cubriremos la atención sin costo para usted.
- El plan cubre la atención fuera de la red en circunstancias inusuales. La atención que usted reciba de proveedores fuera de la red debe contar con la autorización previa proporcionada por nuestro plan antes de que usted solicite la atención. En dicha situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Si usted no obtiene una autorización por adelantado para recibir atención fuera de la red, usted será responsable del pago del servicio. A continuación se incluyen algunos ejemplos de circunstancias inusuales que podrían dar lugar a la atención fuera de la red:
 - Usted tiene una afección única 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 de manera oportuna según lo requiere su afección.
 - Su PCP/equipo de atención médica determina que un proveedor que no pertenece a la red puede prestarle un mejor servicio, o la transferencia a otro proveedor podría poner en riesgo su vida o

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



causarle sufrimiento o dolor, o alterar considerablemente el tratamiento actual.

- El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicio del plan por un período breve. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si necesita servicios de planificación familiar, podría recibir esos servicios a través de cualquier proveedor de la red o cualquier Proveedor de Servicios de planificación familiar contratado por MassHealth (Medicaid).
- Cuando se inscriba en el plan, usted puede seguir consultando a los proveedores que lo atienden ahora durante 90 días o hasta que se haya completado su Plan de atención individualizado (Individualized Care Plan, ICP). Durante los 90 días o hasta que la evaluación y su Plan de atención individualizado (ICP) se hayan completado, CCA One Care se comunicará con usted para ayudarlo a buscar proveedores en nuestra red. Después de los 90 días o cuando su evaluación y Plan de atención individualizado (ICP) se hayan completado, ya no cubriremos su atención proporcionada por proveedores fuera de la red, a menos que hayamos acordado hacerlo por un período más prolongado.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare y/o MassHealth (Medicaid).

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

E. Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)

Todas las personas que se inscriben en un plan One Care también tienen derecho a tener un Coordinador de apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Supports, LTS) independiente en su equipo de atención médica. Un coordinador de LTS trabajará con usted como miembro de su equipo de atención médica para buscar recursos y servicios en su comunidad que puedan brindar apoyo con sus objetivos de recuperación, bienestar e independencia. Estos servicios a veces se denominan servicios y apoyos

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). Es posible que los coordinadores de LTS también puedan ayudarle a acceder a servicios y recursos de salud conductual. Los Coordinadores de LTS no trabajan para los planes One Care. Ellos provienen de organizaciones comunitarias independientes y son expertos en áreas como vida independiente, recuperación y envejecimiento. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarlo a abogar por sus necesidades. Usted puede optar por tener un Coordinador de LTS que trabaje con usted como miembro pleno de su equipo de atención médica en cualquier momento. Este es un servicio gratuito para usted. El Coordinador de LTS puede ayudarlo a evaluar sus necesidades y proporcionar recomendaciones para los servicios y apoyos de atención a largo plazo que se adapten mejor a sus necesidades. Dichos servicios podrían incluir, por ejemplo, asistentes de cuidado personal (Personal Care Attendant, PCA), servicios de limpieza, habilitación diurna, cuidados de salud diurnos para adultos, acogida temporal para adultos y acogida temporal para adultos grupal, apoyo de pares, transporte de carácter no médico y muchos otros tipos de apoyo. Su Coordinador de LTS también actuará como su defensor en su nombre cuando presente solicitudes ante su coordinador de atención para la aprobación del servicio. Una vez que se aprueben los servicios, su coordinador de LTS trabajará como intermediario entre usted, sus proveedores y su equipo de atención médica para ayudarlo a coordinar y administrar su Plan de atención individualizado (ICP). Los coordinadores de LTS trabajan para agencias comunitarias como Independent Living Centers (ILC), Recovery Learning Centers (RLC) y Aging Services Access Points (ASAPs). Cuando usted se inscriba en CCA One Care, lo llamaremos por teléfono para programar una cita a fin de reunirnos y realizar una evaluación integral. Como parte de esa evaluación, se le ofrecerá una remisión a un Coordinador de LTS. Si usted acepta la remisión, coordinaremos la reunión entre usted y el Coordinador de LTS para que le ayude a evaluar sus necesidades de servicios y apoyos de atención a largo plazo.

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

Los servicios de salud conductual son una amplia variedad de servicios que pueden brindar apoyo con las necesidades de salud mental y por consumo de sustancias que usted pudiera tener. En términos generales, la definición de ese apoyo incluye servicios de recuperación y apoyo de pares, apoyo emocional, social, educativo y vocacional, además de los servicios médicos o psiquiátricos más tradicionales. Esos servicios se pueden proporcionar en la comunidad, o donde sean necesarios, en su hogar, programa diurno o en otro lugar que le resulte más cómodo.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Nuestro plan también cubre servicios de atención de la salud conductual basados en la comunidad, a los que MassHealth (Medicaid) hace referencia como “Servicios de remisión a programas/tratamiento/programas comunitarios (Diversionary) de salud conductual”. Estos son servicios que usted podría usar en vez de ir al hospital o a un centro para algunas necesidades de salud conductual. Estos servicios también están disponibles para apoyarlo en su transición exitosa del hospital a la comunidad.

Consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información, una lista de los servicios cubiertos de salud conductual y de remisión a programas / tratamiento / programas comunitarios, y los requisitos de autorización previa.

G. Cómo recibir atención autodirigida

G1. Qué es la atención autodirigida

La atención autodirigida es una alternativa a los servicios administrados y prestados tradicionalmente, que permite a las personas ser responsables de la administración de todos los aspectos relacionados con la prestación de servicios. La atención autodirigida reconoce que la persona tiene conocimiento de sus propias necesidades de atención, y la persona está empoderada y es responsable en lo que respecta a su propia atención; y hace hincapié en un cambio medioambiental y en la calidad de vida. La atención autodirigida hace hincapié en la capacidad que tiene usted, como consumidor, de:

- Abogar por sus propias necesidades
- Hacer elecciones respecto de qué servicios podrían satisfacer mejor esas necesidades
- Monitorear la calidad esos servicios

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

G2. Quién puede recibir atención autodirigida

Si cumple con la elegibilidad funcional y clínica para los servicios de cuidados personales, usted puede optar por autodirigir estos servicios a través del programa de asistente de cuidado personal (PCA). Su equipo de atención aprobará la cantidad de

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



servicios para los que usted es elegible y se basará en estándares coherentes con los criterios establecidos por las regulaciones de MassHealth (Medicaid). Las agencias de administración de cuidados personales brindan apoyo y capacitación en habilidades, de acuerdo con el contrato con CCA One Care, para proporcionar información a los miembros sobre lo que implica la autodirección y para adquirir todas las habilidades necesarias para dirigir sus propios servicios, incluido el reclutamiento, la contratación, la capacitación, la supervisión y el despido de asistentes de cuidado personal. CCA One Care trabajará con el “intermediario fiscal” para pagar las facturas de estos servicios según el plan. En la atención autodirigida, usted no tiene que encargarse del pago.

G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal (si corresponde)

Usted puede solicitarle a su Coordinador de atención o coordinador de servicios de atención a largo plazo (Long-Term Services, LTS) que le ayude a acceder a recursos para contratar asistentes de cuidado personal. Lo pondrán en contacto con una agencia de administración de cuidado personal que puede brindarle capacitación en habilidades para ayudarlo con las funciones relativas al 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 participar en la resolución colaborativa de problemas.

G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del Equipo de atención médica que el miembro identifica

Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711).

H. Servicios de transporte

El plan cubre servicio de transporte de emergencia y que no es de emergencia. Usted debe usar un proveedor de la red para el servicio de transporte que no es de emergencia. Excepto en caso de emergencia, las solicitudes de transporte que no es de emergencia deben realizarse al menos con 2 días hábiles de anticipación, sin contar el día de la llamada. Para solicitar viajes de transporte que no es de emergencia, comuníquese con Coordinated Transportation Services (CTS) al 855-204-1410 (TTY: 711) Para obtener más información sobre los servicios de transporte de emergencia y que no es de emergencia cubiertos por nuestro plan, consulte las secciones de Ambulancia y Transporte incluidas en el Capítulo 4.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



I. Servicios dentales y de la vista

Servicios de atención dental

Nuestro plan brinda acceso a beneficios dentales que incluyen atención médica oral preventiva, de restauración y de emergencia.

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

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

Para hacer preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711). Para buscar un proveedor dental participante, utilice nuestro Directorio de proveedores y de farmacias en nuestro sitio web en CommonwealthCareAlliance.org/MA. Para obtener más información sobre los servicios dentales, consulte Servicios dentales en el **Capítulo 4**.

Servicios de la vista

Nuestro plan cubre atención profesional de la vista con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar todas las afecciones patológicas. Los servicios incluyen exámenes de la vista, recetas, anteojos y lentes de contacto.

Para buscar un proveedor de EyeMed participante, visite <https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/cca/en-us> y luego haga clic en la sección “Members” (Miembros). También puede llamar a EyeMed al 1-877-493-4588 (TTY: 711), de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m., para obtener más información.

No se requiere una aprobación por adelantado (autorización previa) para los servicios de la vista para pacientes externos 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 de la vista cubierta y las limitaciones que pueden aplicarse.

Para buscar un proveedor participante de servicios de la vista que no son de rutina, utilice nuestro Directorio de proveedores y de farmacias en nuestro sitio web en CommonwealthCareAlliance.org/MA.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



J. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre

J1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección con síntomas como enfermedad, dolor intenso o lesiones graves, o una afección que se agrava rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina pensaría que podría causar:

- riesgo grave para su vida; o
- pérdida o daño grave a las funciones corporales; o
- pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad; o
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla con seguridad a otro hospital antes del parto.
 - El traslado a otro hospital puede poner en peligro su salud, su seguridad o la del hijo por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. **No** es necesario que obtenga la autorización o una remisión de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). No tiene que acudir a un proveedor de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, informe a nuestro plan sobre su emergencia.** Hacemos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Sin embargo, usted no pagará los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Comuníquese con Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Puede recibir atención de emergencia cubierta siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para los miembros*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica. Continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita atención de seguimiento para 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.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir servicios posteriores a la estabilización y atención de seguimiento para garantizar que su condición se mantenga estable, mejore o se resuelva. Esto puede requerir atención adicional en un hospital como paciente internado, en un entorno hospitalario para pacientes externos, un centro de atención de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación. Estamos obligados a responder a las solicitudes de aprobación para la atención posterior a la estabilización en el transcurso de una hora desde el momento de la solicitud. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento adecuada y estamos disponibles para consultar con los proveedores de atención médica a cargo de su tratamiento y con el equipo de atención médica a fin de determinar los pasos a seguir apropiados en lo que respecta al tratamiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan. Nuestra meta es garantizar que sus necesidades de atención durante el período posterior a la estabilización no se vean interrumpidas por los requisitos de autorización.

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

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Qué debe hacer si tiene una emergencia de salud conductual

- *Las emergencias de salud conductual incluyen sentimientos de querer hacerse daño a uno mismo y/o a otra persona. Si está experimentando una emergencia de salud conductual, puede llamar al 911 para solicitar asistencia o ir a la sala de emergencias del hospital más cercano, como en el caso de las emergencias médicas.*
- *La línea de ayuda Massachusetts Behavioral Health Help Line (BHHL) está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para conectarlo con atención de salud conductual. Llame o envíe un mensaje de texto y un profesional autorizado le responderá de inmediato, evaluará su situación y le conectará directamente con la ayuda que necesita, todo de manera gratuita. Llame o envíe un mensaje de texto al 833-773-2445. Visite el sitio web de BHHL en www.masshelpline.com. También puede llamar a Emergency Services Program – NAMI Massachusetts al 617-704-6264, de lunes a viernes de 10 a.m. a 6 p.m., o visite namimass.org/.*
- *Usted también tiene la opción de llamar al programa de servicios de emergencia psiquiátrica de su área. Muchas personas en todo el estado han usado este servicio en vez de ir a la sala de emergencias de un hospital, y consideran que esta es una mejor opción. En algunas situaciones, aunque no en todas, el personal del programa de servicios de emergencia puede ir a su domicilio o reunirse con usted en un centro de atención de urgencia designado.*

CCA también cuenta con una línea de asesoramiento de enfermería, disponible las 24 horas, en caso de que usted necesite apoyo o recursos por síntomas relacionados con el consumo de sustancias o salud conductual. Llame a la Línea de asesoramiento de enfermería al 866-610-2273 (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si solicitó atención de emergencia y no era una emergencia

A veces, puede ser difícil saber si usted está ante una emergencia médica o de salud conductual. Usted podría acudir para recibir atención de emergencia y que el médico le diga que no era realmente una emergencia. Siempre y cuando usted haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico le diga que no era una emergencia, cubrimos su atención adicional solo en los siguientes casos:

- Utiliza un proveedor de la red o

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- La atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

J2. Atención de urgencia

Atención de urgencia es la atención que usted recibe para una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, usted podría tener una exacerbación de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia solo en las siguientes situaciones:

- Usted recibe esta atención a través de un proveedor de la red **y**
- Sigue las normas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable llegar a un proveedor de la red, por cuestiones de tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Considere las siguientes opciones cuando necesite atención de urgencia:

1. *Llame a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Su PCP puede revisar sus inquietudes y aconsejarle qué hacer después.*
2. *Busque centros de atención de urgencia cerca de su hogar. Algunos centros pueden ofrecer consultas sin cita previa disponibles. Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia, comuníquese con Servicios para los miembros para solicitar ayuda al 866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana.*
3. *Llame a la Línea de asesoramiento de enfermería de CCA al 866-610-2273. Es su conexión, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, con nuestro equipo clínico de enfermeros cuando tenga un problema de salud inesperado.*
4. *Hable con su equipo de atención médica de CCA. Su equipo de atención médica está a su disposición para apoyar sus necesidades médicas o de salud conductual.*

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



5. Llame a Teladoc®, nuestro proveedor de servicios de telesalud a pedido, al 1-800-TELADOC (835-2362).
6. *Solicite una consulta a domicilio de instED 24/7. InstED puede brindar servicios de atención de urgencia en la comodidad y conveniencia de su hogar. Cuando llame a instED, un enfermero evaluará sus inquietudes y coordinará una consulta con un paramédico. Comuníquese con instED llamando al 833-946-7833 o visite su sitio web en www.insted.us para solicitar una consulta para sus necesidades de atención médica de urgencia.*

Todas las consultas de urgencia y sintomáticas, ya sea a domicilio o en el consultorio, están disponibles para usted en el transcurso de 48 horas, por lo que se lo evaluará en un consultorio o en su hogar. Todas las consultas no sintomáticas en el consultorio están disponibles para usted en el transcurso de 30 días calendario.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, posiblemente no podrá recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

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

J3. Atención durante un desastre

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

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: CommonwealthCareAlliance.org/MA.

Durante un desastre declarado, si usted no puede utilizar un proveedor de la red, puede obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si durante un desastre declarado usted no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros* para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



K. Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no son responsables del costo de los servicios cubiertos.

Si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para los miembros* para averiguar qué debe hacer.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos otorgarle un reembolso.

K1. Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determine que son médicamente necesarios, **y**
- que estén incluidos en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para los miembros*), **y**
- que usted reciba siguiendo las normas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total.**

Si desea saber si pagamos alguna atención o servicio médico, usted tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntarnos esto por escrito. Si le comunicamos que no pagaremos sus servicios, usted tiene derecho de apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* explica qué debe hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta un límite determinado. Si usted supera el límite, pagará el costo total para obtener más de este tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Servicios para los miembros para averiguar cuáles son los límites para los beneficios y qué proporción de sus beneficios ha utilizado.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



L. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

L1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado un ensayo clínico) es una manera que tienen los médicos de probar nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que usted nos informe al respecto ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio sean proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura basada en el desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations-Coverage Evidence Development, NCD-CED) y estudios con exención de dispositivos en fase de investigación (Investigational Device Exemption, IDE). Estos beneficios también podrían estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene planificado participar en un estudio de investigación clínica con cobertura de Original Medicare para las personas inscritas, le recomendamos que usted o su coordinador de atención se comuniquen con Servicios para los miembros para informarnos que usted participará en un ensayo clínico.

L2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no paga nada por los servicios cubiertos en virtud del estudio. Medicare paga los servicios cubiertos a través del 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, usted tendrá cubierta la mayor parte de los servicios y artículos que obtenga como parte del estudio. Esto incluye:

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- habitación y comida por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación
- el tratamiento de todos los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención

Si usted participa en un estudio que Medicare **no** aprobó, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si lee “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

M. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

M1. Definición de institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un lugar que proporciona la atención que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.

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

M2. Atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, usted debe firmar un documento legal en el que exprese que está en contra de recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- Tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que es **voluntario y no obligatorio** según la legislación federal, estatal o local.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Tratamiento médico “exceptuado” corresponde a cualquier atención o tratamiento que **no es voluntario y es obligatorio** según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan brinde cobertura, la atención que usted reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro:
 - Usted debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Usted debe obtener nuestra aprobación antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía **no** estará cubierta.

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

N. Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)

N1. Equipo médico duradero (DME) como miembro de nuestro plan

El DME incluye determinados artículos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, tales como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre posee ciertos artículos de DME, como dispositivos protésicos.

En el caso de otros tipos de DME, usted debe alquilarlos. Como miembro de nuestro plan, por lo general, usted **no será** propietario de los artículos de DME alquilados, sin importar cuánto tiempo los alquile.

Hay algunos tipos de equipos en alquiler (con alquiler limitado) que solo pueden alquilarse por un máximo de 13 meses; una vez transcurridos los 13 meses, el producto

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



se considera propiedad del miembro. En esta sección, analizamos situaciones en las que se alquilará o comprará DME para usted.

En Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser sus propietarios una vez transcurridos 13 meses.

Si su necesidad de equipo médico duradero es temporal, CCA One Care puede alquilar ciertos equipos médicos duraderos para uso a corto plazo. Sin embargo, usted puede adquirir la propiedad de un equipo médico duradero alquilado siempre que tenga una necesidad a largo plazo del artículo y este esté autorizado. Usted no paga nada por sus servicios cubiertos, incluido el equipo médico duradero. Podrían aplicarse normas de autorización. Consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información sobre el equipo médico duradero. Llame a Servicios para los miembros para informarse sobre los requisitos al 866-610-2273 (TTY: 711). Aunque haya tenido un DME durante un plazo de hasta 12 meses consecutivos a través de Medicare antes de unirse a nuestro plan, el equipo **no** le pertenecerá.

N2. Propiedad del equipo médico duradero (DME) si se cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser sus propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de pasar a ser propietarios de estos.

Usted tendrá que realizar 13 pagos consecutivos conforme a Original Medicare, o tendrá que realizar la cantidad de pagos consecutivos establecida por el plan MA para ser propietario del artículo DME en los siguientes casos:

- usted no pasó a ser propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- usted deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o un plan MA.

Si realizó pagos por el artículo de DME a través de Original Medicare o de un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o del plan MA no se tienen en cuenta para los pagos que usted debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos en virtud de Original Medicare o una cantidad de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan MA para ser propietario del artículo de DME.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- No hay excepciones cuando usted vuelve a Original Medicare o a un plan MA

N3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos:

- alquiler de equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- sondas y accesorios afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si usted deja nuestro plan.

N4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios enumerados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar:

- servicios, suministros y equipo de oxígeno durante otros 24 meses
- suministros y equipo de oxígeno por un máximo de cinco años si son médicamente necesarios

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de cinco años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionárselo, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Usted alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Su proveedor luego le proporciona los servicios, los suministros y el equipo de oxígeno durante otros 24 meses.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Cada cinco años se inicia un nuevo ciclo siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted deje nuestro plan y se cambie a otro plan MA**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Original Medicare. Puede preguntar a su nuevo plan MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones o límites sobre dichos servicios. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de este *Manual para los miembros*.

Índice

A.Sus servicios cubiertos	70
B.Normas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores	70
C.Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	70
D.Tabla de beneficios de nuestro plan	73
E.Beneficios cubiertos por fuera de nuestro plan	157
E1. Servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) - Pago por servicio (Fee-for-Service, FFS).....	157
E2. Servicios de agencias estatales.....	157
F.Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o MassHealth (Medicaid).....	157

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. Usted también puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros*. En este capítulo también se explican los límites para algunos servicios.

Debido a que recibe ayuda de MassHealth (Medicaid), usted no paga nada por los servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para los miembros* para obtener detalles sobre las normas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para los miembros al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

B. Normas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores

No permitimos que nuestros proveedores le facturen los servicios cubiertos dentro de la red. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Usted nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para los miembros* o llame a Servicios para los miembros.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. (La cobertura para medicamentos se incluye en el Capítulo 5). Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios descritos en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes normas. Usted no paga nada por los servicios descritos en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla los requisitos que se describen a continuación.

- Prestamos los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid) de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Los servicios (*incluidos atención médica, servicios de salud conductual y por consumo de sustancias, servicios y apoyos de atención a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos*) deben ser “*médicamente necesarios*”. Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted ingrese en un hospital o en un centro de atención de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados. Además, un servicio se considera médicamente necesario si puede ayudarlo a mejorar, mantenerse igual o mejorar su salud o capacidad física/desempeño en su vida diaria, o a prevenir que su salud o su capacidad física empeoren si la atención se demora, se reduce o no se proporciona.
- Para los nuevos inscritos, es posible que durante los primeros 90 días no requiramos que se obtenga una aprobación por adelantado para un tratamiento activo, incluso si el tratamiento era para un servicio que comenzó a recibir a través de un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de una emergencia o una urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. El **Capítulo 3** de este *Manual para los miembros* incluye más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o un equipo de atención médica que le brinda y administra su atención.
- Cubrimos algunos servicios descritos en la Tabla de beneficios solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (Prior Authorization, PA). Marcamos los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan autorización previa en **negrita y cursiva**.
 - Cuando analicen sus opciones de tratamiento, usted y su médico pueden revisar la lista de PA en línea (commonwealthcarealliance.org/ma/providers/forms-and-referrals/) para

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



ver si un servicio específico requiere autorización previa y revisar los requisitos relacionados.

- Si nuestro plan proporciona la aprobación para una solicitud de autorización previa (PA) para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor de tratamiento.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027). Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si pierde su elegibilidad para MassHealth (Medicaid), pero se puede esperar que la vuelva a obtener en un plazo de un mes, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por CCA One Care. Cuando finalice su cobertura de MassHealth (Medicaid), no pagaremos sus beneficios de MassHealth (Medicaid).

Lo ayudaremos a recuperar su elegibilidad para MassHealth (Medicaid). Si su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) se restablece mientras usted todavía está inscrito con nosotros para recibir su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de MassHealth (Medicaid), y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar MassHealth (Medicaid) en un plazo de un mes, cancelaremos su inscripción en CCA One Care. Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de que cancelemos su inscripción, usted deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 indica los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión por parte de su médico, asistente médico (Physician Assistant, PA), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) o especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS).	\$0
	Servicios de aborto Los servicios de aborto están cubiertos por su beneficio estatal de MassHealth (Medicaid).	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura Pagamos servicios de acupuntura en los siguientes casos: • Para tratar el dolor • Como parte del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD); y • para consultas en el consultorio relacionadas con la evaluación y planificación del tratamiento. Requerimos una aprobación previa después de 20 tratamientos de acupuntura cada año para el tratamiento del dolor o del SUD. Su proveedor también puede cambiar o suspender el plan de tratamiento si usted no mejora después de los primeros 4 tratamientos. Para el dolor crónico en la parte baja de la espalda, pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días. El dolor crónico en la parte baja de la espalda se define de la siguiente manera: • tiene una duración de 12 semanas o más; • inespecífico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está relacionado con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con un embarazo. También pagaremos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda si usted muestra una mejoría en las primeras 12 consultas.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura (continuación) Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si usted no mejora o si empeora. Requisitos para los proveedores: Los médicos pueden proporcionar servicios de acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioners, NP) / especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP / CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones. <i>Se requiere autorización previa para algunos servicios.</i>	

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de salud diurnos para adultos El plan cubre servicios de proveedores de atención médica diurna para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • servicios de enfermería y supervisión de la salud • tratamiento • asistencia con las actividades de la vida diaria • servicios nutricionales y dietéticos • servicios de asesoramiento • actividades • administración de casos • transporte <i>Se requiere autorización previa</i>	\$0
Servicios de acogida temporal para adultos El plan cubre servicios de proveedores de acogida temporal para adultos en un entorno residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • asistencia con las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal • supervisión • supervisión de enfermería <i>Se requiere autorización previa</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento Pagamos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este. Esto incluye a mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso del alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales cada año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) en un establecimiento de atención primaria.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen los servicios de ambulancia terrestres y aéreos (avión y helicóptero), y servicios de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En los casos que no sean emergencias, podríamos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia de emergencia no están cubiertos fuera de Estados Unidos y sus territorios. <i>Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia. Consulte la sección Transporte más abajo en esta tabla para obtener más información.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Consulta anual de bienestar Usted puede hacerse un chequeo anual. Esto tiene como fin elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Lo pagamos una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta Bienvenido a Medicare. Sin embargo, usted no necesita haber realizado una consulta Bienvenido a Medicare para obtener consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0
Servicios de audiólogo El plan cubre exámenes y evaluaciones de audiólogos (auditivos).	\$0
 Medición de la masa ósea Pagamos determinados procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican masa ósea, detectan pérdida ósea o determinan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia si es médicamente necesario. También le pagamos a un médico para que revise y comente los resultados.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años y más • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) Pagamos servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con determinadas condiciones y tener una orden de un médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • ataque cardíaco en los últimos 12 meses • cirugía de bypass aortocoronario • angina de pecho estable (dolor en el pecho) • reparación o reemplazo de válvula cardíaca • angioplastia coronaria (un procedimiento médico para abrir una arteria obstruida) o colocación de stent coronario (un procedimiento para mantener una arteria abierta) • trasplante de corazón o de corazón y pulmón • insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Usted puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede recibir dos sesiones por día (de una hora de duración cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, usted podría recibir 36 sesiones adicionales que pueden distribuirse a lo largo de un período más prolongado.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para enfermedades cardíacas) Pagamos una consulta por año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante la consulta, su médico podría: • analizar el uso de aspirina, • medir su presión arterial, y/o • brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.	\$0
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos ocasionados por el riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Pagamos los siguientes servicios: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para mujeres que corren un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres que ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	\$0
Servicios de quiropráctica Pagamos los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación, consultas en el consultorio y servicios de radiología <i>Se requiere autorización previa después de 20 consultas.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (diez años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años y más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando hayan pasado 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que se le haya realizado al paciente una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que incluya la extirpación de tejido o de otra materia; o bien, otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de centros de salud comunitarios El plan cubre servicios de un centro de salud comunitario. Los ejemplos incluyen los siguientes: • consultas médicas con médicos de atención primaria y especialistas • obstetricia / ginecología, y atención prenatal • educación sobre la salud • servicios sociales médicos • servicios de nutrición, incluidas capacitación para el autocontrol de la diabetes y terapia médica nutricional • servicios para dejar de fumar • vacunas no cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, MDPH) Para obtener más información sobre las vacunas, consulte el Capítulo 6, Sección D.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de habilitación diurna El plan cubre un programa de servicios ofrecidos por proveedores de habilitación diurna si usted reúne los requisitos 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 alcanzarlos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • servicios de enfermería y supervisión de la atención médica • capacitación en habilidades de desarrollo • servicios de terapia • capacitación en habilidades para la vida/vida diaria para adultos <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Servicios dentales El plan cubre atención de la salud bucal preventiva, de restauración y de emergencia. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio forma parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas como preparación para el tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte a la mandíbula, o exámenes orales anteriores a un trasplante de órgano. En general, los servicios dentales de rutina (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos los siguientes beneficios dentales de rutina:	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) Servicios preventivos / de diagnóstico: • Servicios preventivos, como limpiezas • Exámenes de rutina • Radiografías • Servicios de restauración • Empastes • Corona • Corona de reemplazo Tratamiento endodóntico (tratamientos de conducto) Periodoncia (no quirúrgica): • Raspado y alisado radicular • Mantenimiento periodontal Prostodoncia (removible): • Dentaduras postizas completas • Dentaduras postizas parciales • Dentadura postiza inmediata (una vez en la vida) • Rebasados de ajuste (reline) y ajustes de dentaduras postizas completas	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) Cirugía oral y maxilofacial: • Extracciones (remoción de dientes) • Biopsia y cirugía de tejido blando • Alveoplastia Injerto óseo Los siguientes beneficios dentales de MassHealth están cubiertos sin autorización previa: • Coronas • Exámenes de rutina y radiografías • Servicios preventivos, incluidas las limpiezas • Empastes restauradores • Periodoncia (no quirúrgica) • Prostodoncia (removable) • Extracciones no quirúrgicas • Atención de emergencia Servicio Se aplican limitaciones de frecuencia. Los miembros deben usar un proveedor dental de la red de CCA. El proveedor dental de la red que está a cargo de su tratamiento debe enviar los servicios que requieren autorización directamente al administrador de beneficios dentales del plan, Skygen, para su revisión. En caso de que sea necesaria una valoración clínica para determinar si un tratamiento es apropiado, CCA One Care se reserva el derecho de solicitar que un experto en materia dental revise el plan de tratamiento que su dentista ha propuesto. Se aplican limitaciones a los beneficios para determinados servicios dentales. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de depresión Pagamos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y/o tratamiento de seguimiento.	\$0
 Prueba de detección de diabetes Pagamos esta prueba de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • niveles históricos anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa) Los exámenes pueden estar cubiertos en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Es posible que reúna los requisitos para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para monitorear su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ○ un glucómetro ○ tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre ○ dispositivos de punción y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, pagamos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos a medida (se incluyen las plantillas ortopédicas), incluida la adaptación, y dos pares adicionales de plantillas ortopédicas cada año calendario, o ○ un par de zapatos profundos, incluida la adaptación y tres pares de plantillas ortopédicas cada año (sin contar las plantillas extraíbles que no están hechas a medida que se incluyen con dichos zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo con el control de la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los miembros. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros El plan también puede cubrir servicios adicionales en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid). Nuestro plan tiene un contrato con Abbott y Roche, proveedores preferidos, para que suministren glucómetros y tiras reactivas a nuestros miembros con diabetes. Estos productos incluyen:	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros (continuación) Glucómetros: • Accu-Chek Guide Care® • Accu-Chek Me Care® • FreeStyle Lite® • FreeStyle Freedom Lite® • FreeStyle InsuLinx® • FreeStyle Precision Neo® • Precision Xtra® Tiras reactivas: • Accu-Chek Aviva Plus® • Accu-Chek SmartView® • Accu-Chek Guide® • FreeStyle® • FreeStyle Lite® • FreeStyle InsuLinx® • FreeStyle Precision Neo® • Precision Xtra Blood Glucose® • Precision Xtra Ketone® <i>Se requiere autorización previa para monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitor, CGM) terapéuticos. Ciertos suministros para pruebas de diabetes pueden requerir una autorización previa en circunstancias específicas.</i> <i>Se requiere autorización previa para zapatos terapéuticos a medida y zapatos profundos.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados Consulte en el Capítulo 12 de este <i>Manual para los miembros</i> una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • suministros para la diabetes • camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y pie de suero • dispositivos para la generación del habla • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastón estándar de mango curvo o de cuatro patas y suministros de repuesto • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo de atención de diálisis • sacaleche	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación) Podrían cubrirse otros artículos. Pagamos por todo el DME médicamente necesario que Medicare y MassHealth (Medicaid) generalmente pagan. Si nuestro proveedor de su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, usted puede solicitarle que realice un pedido especial para usted. Consulte Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para obtener detalles adicionales de la cobertura. Pueden aplicarse límites a ciertos equipos médicos duraderos. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina pensaría que podría causar: • riesgo grave para su vida o la de su hijo por nacer; ○ • un daño grave a las funciones corporales; ○ • pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla con seguridad a otro hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede poner en peligro su salud, su seguridad o la del hijo por nacer. La atención de emergencia no tiene cobertura fuera de Estados Unidos o sus territorios.	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de que su emergencia se haya estabilizado, usted debe trasladarse a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para su atención como paciente internado solamente si nuestro plan aprueba su estadía.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acogida temporal para adultos grupal El plan cubre servicios proporcionados por proveedores de acogida temporal para adultos grupal para los miembros que califican. Estos servicios se ofrecen en un entorno de vivienda con apoyo a nivel grupal y pueden incluir lo siguiente: • asistencia con las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal • supervisión • supervisión de enfermería • administración de la atención <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Programas educativos sobre salud y bienestar El plan cubre todos los programas educativos sobre salud y bienestar cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (consulte también “Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco” anteriormente en esta sección) • Acceso a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería, durante las 24 horas, 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) • Educación sobre salud y recursos para vivir bien en el hogar (Consulte “Servicios de centros de salud comunitarios” anteriormente en esta sección) • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención (consulte también “Servicios y suministros para la enfermedad renal (del riñón)” más adelante en esta sección para obtener más información)	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios auditivos, incluidos audífonos Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención para pacientes externos cuando se las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan también cubre lo siguiente: • suministro y entrega de audífonos, baterías y accesorios • instrucción sobre el uso, el cuidado y el manejo de audífonos • moldes auriculares • impresiones auriculares • préstamo de un audífono, cuando sea necesario El plan también cubre los siguientes beneficios auditivos de rutina: un examen auditivo de rutina por año; un audífono por oído cada 60 meses; servicios relacionados con el cuidado, el mantenimiento y la reparación de audífonos y suministros.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios auditivos, incluidos audífonos (continuación) Se requiere autorización previa para los siguientes beneficios auditivos de rutina: • audífonos monoaurales que cuestan más de \$500 (sin incluir el envío) por oído; • audífonos binaurales, cros, bicros que cuestan más de \$1,000 (sin incluir el envío) por oído; • reemplazo de un audífono, independientemente de su costo, debido a un cambio médico; ○ pérdida de audífonos; o ○ daños en los audífonos que no se puedan reparar; • cualquier reemplazo de componentes externos de un implante coclear. Debe usar un proveedor de la red de CCA para los servicios auditivos que no sean de rutina. Para recibir asistencia con los servicios auditivos que no sean de rutina, comuníquese con Servicios para los miembros. Debe usar NationsHearing para los servicios auditivos de rutina, incluidos los exámenes de rutina y los audífonos. Comuníquese con NationsHearing al 877-277-9196 (TTY: 711) para buscar un proveedor o si tiene preguntas sobre su beneficio de servicios auditivos de rutina, o visite nationshearing.com/CCA.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de VIH Pagamos una prueba de detección de VIH cada 12 meses a las personas que: • soliciten una prueba de detección de VIH, o • corran un mayor riesgo de infección por VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.	\$0
Agencia de atención médica a domicilio Antes de que usted pueda recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe indicarnos que usted necesita dichos servicios y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. Pagamos los siguientes servicios proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio, y quizás otros servicios no incluidos aquí: • servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente, de medio tiempo o de forma continua (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio combinados deben totalizar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana). • administración de medicamentos • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de auxiliar de atención médica a domicilio El plan cubre los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio, bajo la supervisión de un enfermero matriculado con licencia u otro profesional, para los miembros que cumplen con los requisitos. Los servicios pueden incluir lo siguiente: • cambios de apósitos simples • ayuda con los medicamentos • actividades de apoyo a terapias especializadas • cuidado de rutina de dispositivos protésicos y ortésicos <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión en el hogar Nuestro plan paga el tratamiento de infusión en el hogar, definido como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican bajo la piel y se le proporcionan en el hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación de los miembros que no estén ya incluidas en el beneficio de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME); • supervisión remota; y • servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión en el hogar. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de cuidado de relevo para personas sin hogar Usted tiene acceso a apoyo antes y después de una colonoscopia para prepararse y recuperarse después de ese procedimiento. Usted tiene acceso a apoyo para la recuperación después de tener problemas médicos agudos, a la administración de casos y la navegación de salud y remisiones para abordar otras necesidades sociales y de salud; y a apoyo para planificar la transición a entornos en la comunidad. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un diagnóstico de enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es de seis meses o menos. Puede recibir atención a través de algún programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para el tratamiento de los síntomas y del dolor • cuidado de relevo a corto plazo • atención a domicilio Cuando se le admite en un hospicio, usted tiene derecho a permanecer en nuestro plan. Si elige recibir atención de hospicio en un centro de atención de enfermería, CCA One Care cubrirá el costo de habitación y comida.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio (continuación) Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal se facturan a Medicare. - Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio le facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare cubra. Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: - Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por la Parte A de Medicare o Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios independientemente de que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para los miembros</i>. Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio, llame a su coordinador de atención y/o a Servicios para los miembros para coordinar los servicios. La atención médica que no sea en un hospicio es atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal.	

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Inmunizaciones Pagamos los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son médicamente necesarias • vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o padece alguna otra afección que le exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas si su salud está en riesgo y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual para los miembros</i> para obtener más información.	\$0
Enfermería independiente El plan cubre la atención de un enfermero independiente en su hogar. Esto incluiría la visita de un enfermero durante más de dos horas continuas en las que se prestan servicios de enfermería para personas que viven en la comunidad. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de salud conductual para pacientes internados Servicios para pacientes internados, como los siguientes: • servicios de salud mental para pacientes internados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda • servicios por trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados • camas de observación/retención • servicios diurnos administrativamente necesarios En virtud de este plan, no existe un límite de por vida en la cantidad de días que un miembro puede permanecer internado en un centro de atención de salud conductual para pacientes internados. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados, de rehabilitación para pacientes internados, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí: • habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería permanentes • costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios • medicamentos y fármacos • pruebas de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de sala de operaciones y de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	\$0 para los días 1 a 90 (más 60 días de reserva de por vida) Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado su emergencia.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) - servicios por trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados - en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón / páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón / pulmón, médula ósea, células madre e intestinos / múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir los servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted decide recibir el trasplante allí, organizamos o pagamos los gastos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. También cubriremos: - sangre, se incluye almacenamiento y administración - servicios médicos	\$0 para los días 1 a 90 (más 60 días de reserva de por vida) Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado su emergencia.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Nota: Para ser paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un “paciente externo”. Si no sabe con certeza si usted es un paciente internado o un paciente externo, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. <i>Se requiere autorización previa excepto en caso de admisiones de emergencia o por consumo de sustancias para pacientes internados.</i>	\$0 para los días 1 a 90 (más 60 días de reserva de por vida) Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado su emergencia.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Pagamos los servicios de salud conductual que requieren hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud conductual que requieren hospitalización. Medicare tiene un límite de 190 días en la vida para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud conductual prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general en virtud de Medicare. El plan cubre su hospitalización en un hospital psiquiátrico más allá del límite de Medicare en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa excepto en caso de admisiones de emergencia y por consumo de sustancias para pacientes internados.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta Pagamos los siguientes servicios mientras usted está en el hospital o en un centro de atención de enfermería y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • servicios médicos • pruebas de diagnóstico, como los análisis de laboratorio • tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • vendajes quirúrgicos • entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • dispositivos protésicos y ortésicos, salvo los dentales, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan la totalidad o una parte de: ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o ○ el funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona. • soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en su estado físico • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional Se requiere autorización previa.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe padecer una enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe remitirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual para los miembros</i>, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si se lo ingresa a un hospital como paciente internado para recibir atención especial • Preparación para autodiálisis, incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo lleva adelante la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. La Parte B de Medicare paga por ciertos medicamentos para diálisis. Para más información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Nuestro plan paga las pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba de detección cada año con una solicitud por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar pruebas de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para ese tipo de consultas.	\$0
 Terapia médica nutricional El plan cubre servicios de asesoramiento y terapia de diagnóstico nutricional para ayudarle a controlar una afección (como diabetes o enfermedad renal)	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Transporte médicamente necesario que no es de emergencia El plan cubre el transporte que usted necesite por razones médicas que no sean emergencias. Esto incluye taxis contratados y furgoneta para traslado en silla de ruedas, furgoneta para traslado en camilla y ambulancia médicamente necesarias. El transporte se limita a destinos para beneficios cubiertos por Medicare estándar y Medicaid y destinos para citas confirmadas en el área de servicio del plan, dentro de una distancia de 50 millas del lugar de recogida. Los viajes deben reservarse con al menos 2 días laborables de anticipación, sin contar el día de la llamada, llamando a CTS al 855-204-1410 (TTY: 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora del Este, y los sábados y domingos de 8 a.m. a 12 p.m., hora del Este. El plan utiliza a Coordinated Transportation Solutions (CTS) para prestar todos los servicios de transporte que no sea de emergencia. Para comunicarse con CTS, llame al 855-204-1410 (TTY: 711). <i>Se requiere autorización previa para los viajes a una distancia superior a 50 millas desde el lugar de recogida.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Nuestro plan paga los servicios del MDPP para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a fomentar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en: • cambios dietéticos a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
Medicamentos de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • medicamentos que, generalmente, usted no se autoadministra y que se administran por medio de una inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitales como paciente externo o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios • insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • el medicamento para la enfermedad de Alzheimer Leqembi® (genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa (IV). Además de los costos de los medicamentos, usted podría necesitar estudios de exploración y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento. Consulte con su médico qué estudios de exploración y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que recibe los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estuvo relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted mismo el medicamento	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer que se toman por boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que haya nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas • ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio para la ESRD de la Parte B lo cubre.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • medicamentos calcimiméticos y medicamentos quelantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar • determinados medicamentos para la autodiálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos • fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones [como Procrit® (Epoetin Alfa)] • inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • nutrición enteral y parenteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas a través de la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) El Capítulo 5 de este <i>Manual para los miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las normas que se deben seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. El Capítulo 6 de este <i>Manual para los miembros</i> explica lo que paga por los medicamentos a través de nuestro plan. <i>Se requieren autorización previa y tratamiento escalonado para algunos servicios.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un centro de atención de enfermería Un centro de atención de enfermería (Nursing Facility, NF) es un lugar que proporciona atención a las personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que no necesitan estar ingresadas en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • sangre, se incluye almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporcionan los centros de atención de enfermería • pruebas de laboratorio que generalmente realizan los centros de atención de enfermería • radiografías y otros servicios radiológicos que generalmente prestan los centros de atención de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de atención de enfermería	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un centro de atención de enfermería (continuación) • servicios de médicos o profesionales • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • beneficios de la vista • exámenes auditivos • atención quiropráctica • servicios de podiatría Por lo general, los servicios se prestan en los centros de la red. Sin embargo, usted podría recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si estos aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de atención de enfermería o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de atención de un centro de atención de enfermería). • un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <i>Se requiere autorización previa</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Transporte de carácter no médico El plan cubre diez (10) viajes de un tramo por mes. Los viajes se proporcionan para fines de carácter no médico, como tiendas de abarrotes, reuniones de AA, recogida de medicamentos y el gimnasio, ubicados dentro de una distancia de 50 millas del lugar de recogida. Los viajes no utilizados dentro del mes no se transfieren para uso futuro. Todos los viajes deben reservarse al menos con 72 horas de anticipación, sin contar el día de la llamada, llamando a CTS al 1-855-204-1410 (TTY: 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., hora estándar del Este, y los sábados y domingos de 8 a.m. a 12 p.m., hora estándar del Este. Si no puede realizar un viaje programado, debe cancelar el viaje al menos 2 horas antes de la hora de recogida programada. Si no cancela su viaje, y no se presenta o no lo cancela con al menos 2 horas de anticipación, el viaje programado se restará de sus diez (10) viajes de carácter no médico de un tramo por mes. El plan utiliza a Coordinated Transportation Solutions (CTS) para prestar todos los servicios de transporte que no sea de emergencia. Para comunicarse con CTS, llame al 1-855-204-1410 (TTY: 711). CTS debe coordinar el transporte para que esté cubierto por CCA One Care.	\$0
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para mantener un bajo peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un establecimiento de atención primaria. De ese modo, se podrá administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios del Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) a través de un OTP, que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, administrarle y proporcionarle estos medicamentos • asesoramiento sobre consumo de sustancias • terapia individual y grupal • análisis para detectar drogas o sustancias químicas en su organismo (pruebas toxicológicas)	\$0
Servicios de órtesis El plan cubre aparatos ortopédicos (excepto los dentales) y otros dispositivos mecánicos o moldeados destinados a proporcionar soporte o corregir la forma o el funcionamiento de una parte del cuerpo. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios no enumerados aquí: • Radiografías • tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • pruebas de laboratorio • sangre, se incluye almacenamiento y administración • pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografía por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar una afección • otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos <i>Puede requerirse autorización previa. Por lo general, las pruebas de laboratorio no requieren autorización, excepto las pruebas genéticas.</i>	\$0
Medicamentos para pacientes externos 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.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Observación hospitalaria para pacientes externos Pagamos por los servicios de observación hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión al hospital como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos Pagamos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como por ejemplo: • Servicios en el departamento de emergencias o en una clínica para pacientes externos, como servicios de cirugía para pacientes externos o servicios de observación • Pruebas de diagnóstico y de laboratorio facturadas por el hospital • Atención de salud conductual, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario un tratamiento con internación sin dicha atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar <i>Puede requerirse autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de salud conductual para pacientes externos Pagamos los servicios de salud conductual prestados por: • psiquiatra autorizado por el estado • un psicólogo clínico (CSW) • un trabajador social clínico (CNS) • un especialista en enfermería clínica • un consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC) • un terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) • un enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) • un asistente médico (Physician Assistant, PA) • cualquier otro profesional de atención de la salud conductual calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de salud conductual para pacientes externos (continuación) El plan cubre servicios que incluyen: • tratamiento individual, grupal y para parejas/familias • consultas para fines de medicación • evaluación de diagnóstico • consulta de familia • consulta de casos • consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes internados • consulta puente para pacientes internados-externos • tratamiento de acupuntura • terapia de sustitución de opioides • desintoxicación ambulatoria (Nivel II.d) • pruebas psicológicas • Terapia conductual dialéctica • Servicios de intervención en crisis de salud conductual prestados en un departamento de emergencias • Terapia electroconvulsiva • Estimulación magnética transcraneal repetitiva (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, rTMS) • Vigilancia individualizada	

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación y terapia para pacientes externos Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, y las evaluaciones integrales relacionadas. Puede recibir servicios de rehabilitación y terapia para pacientes externos prestados por departamentos de pacientes externos de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) y otros centros. Para obtener más información, comuníquese con su equipo de atención médica. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>	\$0
Servicios por trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos Pagamos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no enumerados aquí: • prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • tratamiento de trastornos por consumo de sustancias • asesoramiento grupal o individual a cargo de un profesional clínico calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial de recuperación • servicios relacionados con el alcohol y/o el consumo de sustancias en un centro de tratamiento intensivo para pacientes externos • tratamiento con Naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cirugía para pacientes externos Pagamos cirugía para pacientes externos y servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión en un hospital como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Puede requerirse autorización previa para algunos procedimientos quirúrgicos.	\$0
Equipos de oxígeno y terapia respiratoria El plan cubre servicios que incluyen alquiler de equipos de oxigenoterapia, sistemas de oxígeno y resurtidos. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se proporciona como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud conductual, es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), o en el consultorio de un asesor profesional con licencia. Puede ayudar a evitar que usted tenga que permanecer en el hospital. El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual proporcionado como servicio hospitalario para pacientes externos, en un centro de salud conductual comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), o en el consultorio de un asesor profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de asistente de cuidado personal El plan cubre servicios de asistente de cuidado personal para brindarle asistencia con las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria, si usted reúne los requisitos. Estos incluyen, por ejemplo: • bañarse • preparación de comidas y alimentación • vestimenta y aseo personal • administración de los medicamentos • desplazamiento • uso del baño • traslados • lavado de ropa • tareas domésticas Usted puede contratar a un trabajador por su cuenta para que le ayude con tareas prácticas. El plan también podría pagar un trabajador para que le ayude con otras tareas que no requieren asistencia activa si usted cumple con los requisitos mínimos para las tareas prácticas que también se necesitan. Su Equipo de atención médica trabajará con usted para decidir si ese servicio es adecuado para usted y se incluirá en su Plan de atención individualizado (Individualized Care Plan, ICP). <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos / proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico Pagamos los siguientes servicios: • servicios de cirugía o atención médica médicamente necesarios prestados en lugares como: ○ consultorio médico ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ departamento de pacientes externos de un hospital ○ cualquier otro establecimiento • consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento • Determinados servicios de telesalud (atención virtual) para servicios médicos generales de urgencia. • Usted tiene la opción de recibir estos servicios en una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red de CCA que ofrezca el servicio a través de telesalud o que use Teladoc para servicios médicos generales de urgencia. Consulte	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos / proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital • o basado en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud conductual que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación • servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud conductual • servicios de telesalud para consultas de salud conductual proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados federalmente. • Servicios de telesalud prestados por terapeutas ocupacionales (Occupational Therapists, OT) calificados, fisioterapeutas (Physical Therapists, PT), patólogos del habla y el lenguaje (Speech-Language Pathologists, SLP) y audiólogos	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos / proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante cinco a diez minutos si ○ usted no es un paciente nuevo y ○ el control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: ○ usted no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos siete días y ○ la evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico si usted no es un paciente nuevo • segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos, enfermeros con práctica médica y enfermeras-parteras El plan cubre servicios de médicos, enfermeros con práctica médica y enfermeras-parteras. Estos incluyen, por ejemplo: • consultas de atención primaria y con especialistas • obstetricia / ginecología, y atención prenatal • capacitación para el autocontrol de la diabetes • terapia médica nutricional • servicios para dejar de fumar	\$0
Servicios de podiatría Pagamos los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones que comprometen las piernas, como la diabetes	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que usted corre un riesgo elevado de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el cargo por inyección del medicamento, si corresponde • Hasta ocho sesiones individuales de asesoramiento (incluidos evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción de riesgo de contraer VIH y cumplimiento farmacológico) cada 12 meses. • Hasta ocho pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por una única vez.	\$0
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años y más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • tacto rectal • análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan parcial o totalmente una función o una parte del cuerpo. Incluyen, entre otros, los siguientes: • pruebas, adaptación o capacitación sobre el uso de dispositivos protésicos y ortésicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • férulas • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía) Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos. También pagamos la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortésicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta tabla para obtener detalles. <i>Puede requerirse autorización previa.</i> A fin de obtener ayuda para determinar los requisitos de autorización, llame a Servicios para los miembros.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a grave. Usted debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la COPD.	\$0
 Servicios de supervisión remota de pacientes (Remote Patient Monitoring, RPM) Uso de dispositivos médicos selectos que transmiten información digital de salud personal de manera simultánea o asincrónica desde un paciente en riesgo a un proveedor de tratamiento en una ubicación remota, lo que le permite al proveedor responder al paciente y controlar su afección. La RPM está disponible para los miembros que cumplen determinados requisitos clínicos. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y si usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Usted corre un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilegales inyectables. • Se le realizó una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de salud sexual y reproductiva / planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea de la red o de fuera de la red, para determinados servicios de planificación familiar. Es decir, cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico para planificación familiar • métodos de planificación familiar (DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) • suministros para planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, film, diafragma, capuchón) • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • asesoramiento, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STI) • asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Servicios de salud sexual y reproductiva / planificación familiar (continuación) • anticoncepción permanente (Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización al menos 30 días y como máximo 180 días antes de la fecha de la intervención quirúrgica). • asesoramiento genético También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe acudir a un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • tratamiento de afecciones que causan infertilidad (este servicio no incluye las formas artificiales de quedar embarazada). • tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas	\$0
 Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y asesoramiento Pagamos pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. También pagamos hasta dos sesiones presenciales superintensivas de asesoramiento conductual cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones por STI. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Solo pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio del médico.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) Para obtener una definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Usted tiene cobertura para atención de enfermería especializada para hasta 100 días en cada período del beneficio. No se requiere hospitalización previa. • habitación semiprivada, o privada si es médicamente necesario • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos administrados como parte de su plan de atención, esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre • sangre, se incluye almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por un centro de atención de enfermería especializada • análisis de laboratorio realizados en centros de atención de enfermería especializada	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (continuación) • radiografías y otros servicios de radiología realizados en centros de atención de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los centros de atención de enfermería • servicios de médicos / proveedores Por lo general, usted recibe atención de enfermería especializada en los centros de la red. Sin embargo, bajo determinadas condiciones, podría recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si estos aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de atención de enfermería o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios que se prestan en un centro de atención de enfermería) • un centro de atención de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica viva en el momento en que usted se retire del hospital <i>Se requiere autorización previa</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco se cubre para pacientes externos y pacientes hospitalizados que cumplan con estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • son competentes y están alertas durante el asesoramiento • un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos dos intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) Pagamos el tratamiento con ejercicios supervisados (SET) a los miembros con enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática. Nuestro plan paga: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para recibir el SET • 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de atención médica considera que esto es médicamente necesario El programa de SET debe: • ofrecer sesiones de 30 a 60 minutos destinadas a un programa de kinesioterapia para PAD a miembros que tienen calambres en las piernas debidos a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere al daño, y que esté capacitado en kinesioterapia para PAD • estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (Physician Assistant, PA) o enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) / especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS) capacitado en técnicas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Teladoc – Telesalud adicional Los servicios de Telesalud se ofrecen a través de Teladoc para servicios médicos generales de urgencia para el tratamiento de afecciones cotidianas como la gripe, alergias, sinusitis, sarpullido, dolor de garganta, dolor de espalda, artritis y más. Comuníquese con Teladoc al 1-800-835-2362 o visite www.Teladoc.com para registrarse y acceder a los servicios. Los miembros pueden seguir teniendo citas de telesalud con sus proveedores, si sus proveedores ofrecen esa opción. Consulte Servicios de médicos / proveedores, incluida la sección consultas en el consultorio del médico, para obtener detalles adicionales sobre la cobertura de Telesalud.	\$0
Programa de vivienda transitoria El plan cubre servicios prestados por un proveedor de vivienda transitoria para los miembros que reúnen los requisitos. Estos servicios se proporcionan en un entorno residencial y pueden incluir los siguientes: • servicios de asistente de cuidado personal • supervisión de enfermería en el establecimiento durante las 24 horas • comidas • capacitadores para adquisición de habilidades • asistencia con las actividades instrumentales de la vida cotidiana (por ejemplo, lavado de ropa, compras, limpieza) <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de urgencia La atención de urgencia es la que se brinda para tratar: • una situación que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata, ○ • una enfermedad repentina, ○ • una lesión, ○ • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor dentro de la red. Sin embargo, puede recibir servicios de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor dentro de la red porque, dadas sus circunstancias de tiempo, lugar o situación, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores dentro de la red (por ejemplo, cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicamente necesarios de manera inmediata por una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica). Usted debe informar a su PCP / equipo de atención médica siempre que sea posible si ha recibido ese tipo de atención. Consulte Teladoc – Telesalud adicional para obtener detalles adicionales sobre la cobertura. La atención de urgencia no tiene cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Atención de la vista Pagamos: • exámenes de la vista integrales • entrenamiento de la vista • anteojos • lentes de contacto y otras ayudas visuales También pagamos servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroestadounidenses de 50 años y más • hispanoamericanos de 65 años y más Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética por año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista (continuación) Si usted se somete a dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no obtuvo un par de anteojos después de la primera cirugía. Debe usar un proveedor de la red de CCA. Para recibir asistencia con los servicios de la vista que no son de rutina, comuníquese con Servicios para los miembros de CCA. Los siguientes servicios de la vista de rutina están cubiertos: • Un examen de la vista de rutina cada 24 meses • Anteojos, que incluyen lentes estándar (unifocales, bifocales, trifocales y lenticulares) o lentes de contacto requeridos por motivos de visión cada 24 meses ○ Hay una asignación de \$75 dólares para marcos o lentes de contacto. • Un set de reemplazo de marcos y lentes o lentes de contacto requeridos para fines de visión una vez cada dos (2) años calendario Usted debe recibir servicios de la vista de rutina a través de proveedores de la red de EyeMed. Para buscar un proveedor de la red de Eyemed, visite https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/cca/en-us. Para recibir asistencia con servicios de la vista de rutina comuníquese con Eyemed al 877-493-4588 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.	

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La consulta incluye: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidas las pruebas de detección y las vacunas (o inmunizaciones)), y • remisiones para otro tipo de atención si usted la necesita. Nota: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, infórmele en el consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0
Consulta de bienestar El plan cubre chequeos de bienestar. Esto tiene como fin elaborar o actualizar un plan de prevención. Consulte Consulta anual de bienestar para conocer detalles adicionales sobre la cobertura.	\$0

Además de los servicios generales, nuestro plan también cubre servicios de atención de la salud conductual basados en la comunidad. Estos a veces se denominan “servicios de remisión a programas / tratamiento / programas comunitarios (Diversionary)”. Estos son servicios que usted podría usar en vez de ir al hospital o a un centro para algunas necesidades de salud conductual. Su equipo de atención médica trabajará con usted para determinar si estos servicios son adecuados en su situación y se incluirán en su Plan de atención individualizado (Individualized Care Plan, ICP).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios de remisión a programas / tratamiento / programas comunitarios (Diversionary) que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Estos servicios incluyen lo siguiente: • Servicios intensivos con supervisión médica - Servicios de tratamiento para casos agudos (Acute Treatment Services, ATS) para trastornos por consumo de sustancias • Servicios de estabilización clínica - servicios residenciales de alta intensidad clínicamente administrados, dirigidos a poblaciones específicas • Estabilización de crisis en la comunidad • Programa de apoyo comunitario (Community Support Program, CSP), incluido el CSP para personas sin hogar, el CSP para personas involucradas en la justicia y el Programa de preservación de la tenencia (Tenancy Preservation Program) de CSP. • Intervención móvil para adultos en crisis (anteriormente Programa de servicios de emergencia (Emergency Services Program, ESP)) Usted tiene la opción de recibir estos servicios en una consulta en persona o a través de telesalud. • servicios de rehabilitación residencial mejorados que ocurren en simultáneo para trastornos por consumo de sustancias • Servicios de hospitalización parcial (Partial Hospitalization, PHP)	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios de remisión a programas / tratamiento / programas comunitarios (Diversionary) que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Continuación ○ “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud conductual. Es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), o en el consultorio de un asesor profesional con licencia. Puede ayudar a evitar que usted tenga que permanecer en el hospital. ● Servicios intensivos para pacientes externos (Intensive Outpatient, IOP) y programas de IOP ○ Un servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual (mental) que se presta en un servicio hospitalario para pacientes externos, en un centro de salud conductual comunitario, en un centro de salud calificado a nivel federal o en una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), pero menos intenso que la hospitalización parcial. ○ Un programa de IOP proporciona un tratamiento multidisciplinario integral, coordinado y de duración limitada, diseñado para mejorar el estado funcional, brindar estabilización en la comunidad, evitar una internación en un servicio de hospitalización o facilitar una reintegración rápida y estable en la comunidad tras el alta de un servicio de hospitalización.	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios de remisión a programas / tratamiento / programas comunitarios (Diversionary) que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Continuación • Programa de tratamiento asertivo comunitario (Program of Assertive Community Treatment, PACT) • tratamiento psiquiátrico diurno • asesoramiento para la recuperación • navegadores de apoyo para la recuperación • Servicios de rehabilitación residencial (Residential Rehabilitation Services, RRS) para trastornos por consumo de sustancias, que incluyen: ○ RRS para adultos ○ RRS para familias ○ RRS para adultos jóvenes ○ RRS mejorados para trastornos que ocurren en simultáneo (COE-RRS) ○ RRS mejorados para embarazo • Programa estructurado para el tratamiento de las adicciones para pacientes externos (Structured Outpatient Addiction Program, SOAP) • Especialista certificado en apoyo entre pares (Certified Peer Specialist, CPS)	\$0

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



E. Beneficios cubiertos por fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de MassHealth (Medicaid).

E1. Servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) - Pago por servicio (Fee-for-Service, FFS)

Servicios de doula

Los servicios de doula están disponibles para miembros embarazadas. El Pago por servicio (Fee-for-Service, FFS) de MassHealth (Medicaid) cubre hasta ocho horas de servicio de doula para las miembros durante el período perinatal, que abarca el embarazo, trabajo de parto y parto, durante los 12 meses posteriores al parto, incluidos todos los desenlaces del embarazo.

Para las miembros que necesiten más de ocho horas de servicio de doula, se requiere autorización previa.

Las doulas deben ser proveedoras contratadas por MassHealth (Medicaid).

E2. Servicios de agencias estatales

Rehabilitación psicosocial y Administración de casos específicos (Targeted Case Management, TCM)

Si usted está recibiendo Rehabilitación psicosocial a través del Departamento de Salud Conductual, o Administración de casos específicos a través del Departamento de Salud Conductual o del Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Department of Developmental Services, DDS), sus servicios se seguirán proporcionando directamente a través de la agencia estatal. No obstante, CCA One Care (HMO D-SNP) le ayudará a coordinar con estos proveedores como parte de su plan de atención general.

Residencia de ancianos / personas convalecientes - habitación y comida

Si usted vive en una residencia de ancianos/personas convalecientes y se une a One Care, el Departamento de Asistencia de Transición (Department of Transitional Assistance, DTA) seguirá siendo responsable de los pagos de su habitación y comida.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o MassHealth (Medicaid)

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y MassHealth (Medicaid) tampoco los paga.

En la lista a continuación se describen algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna condición y algunos que excluimos solamente en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos descritos en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual para los miembros*), excepto en las situaciones específicas que se indican. Incluso si recibe servicios en una sala de emergencias, el plan no pagará por ellos. Si cree que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, usted puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios que no se consideran “razonables y médicamente necesarios”, según los estándares de Medicare y de MassHealth (Medicaid), a menos que los incluyamos como servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para los miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- artículos personales en su habitación de un hospital o un centro de atención de enfermería, como un teléfono o un televisor
- servicio de atención de enfermería de tiempo completo a domicilio
- cargos cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar
- comidas entregadas a domicilio

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño conductual), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía cosmética u otros procedimientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de una mama tras una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr una apariencia simétrica
- atención quiropráctica, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de manera consecuente con las pautas de cobertura
- cuidado de rutina de los pies, salvo lo descrito en Servicios de podiatría en la Tabla de beneficios en la **Sección D**
- zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de una órtesis para pierna y estén incluidos en el costo de la órtesis, o sean para una persona con enfermedad de pie diabético
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
- reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta
- servicios de un naturoterapeuta (utilización de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios prestados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es superior al costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos

Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener sus medicamentos para pacientes externos. Estos son los medicamentos que su proveedor le receta y usted obtiene en una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Estos incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y MassHealth (Medicaid). Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de este *Manual para los miembros*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se analizan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, estos incluyen los medicamentos que se le proporcionan mientras usted se encuentra en un hospital o en un centro de atención de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se administran durante una consulta en un consultorio con un médico u otro proveedor, y medicamentos que se proporcionan 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** de este *Manual para los miembros*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección F3** “En un programa de hospicios certificados por Medicare”.

Normas para la cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las normas que se mencionan en esta sección.

Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales aplicables. A menudo, esta persona es su proveedor de atención primaria (Primary

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Care Provider, PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para que reciba atención.

La persona autorizada a darle recetas **no** debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.

Por lo general, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

El medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. Nosotros la denominamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está incluido en la *Lista de medicamentos*, tal vez podamos cubrirlo al otorgarle una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias médicas. Es posible que la persona autorizada a darle recetas pueda ayudar a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado. De acuerdo con la regulación y la ley de Medicaid, y conforme a MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios si:

- Podrían estimarse razonablemente para prevenir, diagnosticar, aliviar, corregir, curar o evitar el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro su vida, le generan sufrimiento o dolor, causan deformidad o mal funcionamiento físico, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultan en una enfermedad o dolencia; **y**
- No hay ningún otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione igualmente bien y que sea adecuado para usted que sea menos costoso.

Su medicamento podría requerir la aprobación de nuestro plan sobre la base de determinados criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Índice

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta	164
A1. Cómo obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red	164
A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando obtiene un medicamento con receta	164
A3. Qué debe hacer si usted cambia de farmacia de la red	164
A4. Qué debe hacer si su farmacia deja de formar parte de la red	165
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	165
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	166
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	168
A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan	168
A9. Reembolso de una receta	169
B. La Lista de medicamentos de nuestro plan	170
B1. Medicamentos de nuestra Lista de medicamentos	170
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos	171
B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos	171
C. Límites para algunos medicamentos	173
D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	175
D1. Obtener un suministro temporal	175
D2. Cómo solicitar un suministro temporal	177
D3. Cómo solicitar una excepción	178
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	178
F. Cobertura para medicamentos en casos especiales	181
F1. En un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan	181

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



F2. En un centro de atención a largo plazo.....	181
F3. En un programa de hospicios certificados por Medicare.....	182
G.Programas sobre la seguridad de los medicamentos y administración de los medicamentos.....	183
G1. Programas que le ayudan a utilizar los medicamentos en forma segura	183
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos.....	183
G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides.....	184



A. Cómo obtener sus medicamentos con receta

A1. Cómo obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, solo pagamos los medicamentos con receta cuando se surten en alguna de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acuerda surtir medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta que se obtienen en farmacias fuera de la red).

Para buscar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para los miembros.

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando obtiene un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura por su medicamento cubierto.

Si usted no tiene su tarjeta de identificación de miembro en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información que necesite, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire. Luego puede solicitarnos que le otorguemos un reembolso. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicios para los miembros.** Haremos todo lo posible por ayudar.

- Para pedirnos que le otorguemos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para los miembros*.
- Si necesita ayuda para obtener un medicamento con receta, comuníquese con Servicios para los miembros.

A3. Qué debe hacer si usted cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta, puede pedir que un proveedor le haga una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le queda algún resurtido.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para los miembros.

A4. Qué debe hacer si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usted utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para buscar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para los miembros.

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

A veces, los medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC), como un centro de atención de enfermería.
 - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que obtenga 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 si usted tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense. Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación por parte del proveedor o la capacitación sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación). Para buscar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de*

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



proveedores y de farmacias, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para los miembros.

A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro para hasta 102 días y un suministro para hasta 31 días en el caso de los medicamentos especializados. Usted paga \$0.

Cómo obtener medicamentos con receta por correo

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

- Llame a Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711).
- Visite nuestro sitio web CommonwealthCareAlliance.org/MA y consulte la información del 'Mail Order Program' (Programa de pedidos por correo) en 'Pharmacy Programs' (Programas de farmacia).
- Hable con su equipo de atención médica.

Por lo general, un medicamento con receta de pedido por correo llega en un plazo de 14 a 21 días. Si por alguna razón su pedido por correo se retrasa, llame a Servicios para los miembros. Le ayudaremos a obtener los medicamentos con receta que necesite.

Procesos de pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene distintos procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, para las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y para los resurtidos de sus medicamentos con receta de pedido por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de usted.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para averiguar si desea que el medicamento se le proporcione inmediatamente o más adelante.

- Esto le da una oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluidas su concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permite detener o atrasar el pedido antes de que se le envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted a fin de indicarle qué hacer con la nueva receta y evitar retrasos en el envío.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de las nuevas recetas que usted recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con Servicios para los miembros.

3. Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo

Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que su medicamento se está por terminar.

- La farmacia se comunica con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene una cantidad suficiente de medicamento o si su medicamento ha cambiado.
- Si usted opta por no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia de 14 a 21 días antes de que su medicamento con receta actual se termine a fin de asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, comuníquese con Servicios para los miembros.

Informe a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted para que puedan confirmar su pedido antes de enviarlo. Llame a la farmacia para confirmar su información de contacto.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuren en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma regularmente para tratar una afección 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 de farmacias* le indica en qué farmacias puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las que puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. En estos casos, primero consulte con Servicios para los miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Pagamos los medicamentos con receta que obtenga 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 le acaban sus medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red. Antes de surtir su receta en una farmacia fuera de la red, llame a

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios para los miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área a la que viaja al 866-610-2273 (TTY: 711). Si no hay farmacias de la red en esa área, es posible que Servicios para los miembros pueda hacer arreglos para que obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. De lo contrario, es posible que tenga que pagar el costo total cuando obtenga su medicamento con 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 se surta en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en caso de emergencia médica.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red (dentro de una distancia razonable en automóvil) que ofrezca servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta cubierto que no se encuentra regularmente en inventario en una farmacia minorista de la red o en nuestra farmacia de pedido por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).
- Si durante un desastre declarado no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red.

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

A9. Reembolso de una receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total cuando obtenga su medicamento con receta. Puede solicitarnos que le otorguemos un reembolso.

Para obtener más información sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para los miembros*.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



B. La *Lista de medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las normas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos de los siguientes productos conforme a MassHealth (Medicaid): algunos medicamentos con receta, medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y productos no farmacológicos.

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar tanto medicamentos de marca como productos biológicos.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen ser menos costosos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC). Algunos medicamentos de venta libre (OTC) son menos costosos que

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*

Para averiguar si un medicamento que usted toma está en nuestra *Lista de medicamentos*:

- Visite el sitio web de nuestro plan en CommonwealthCareAlliance.org/MA. La *Lista de medicamentos* de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para pedir una copia de la lista.
- Utilice nuestra “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) en CommonwealthCareAlliance.org/MA para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* y obtener un valor estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los miembros.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, usted podría obtener un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos que se describen en esta sección. A estos se los denomina **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted mismo. Si considera que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A continuación, se presentan tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura para medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D de Medicare y MassHealth (Medicaid)) no puede pagar un medicamento que ya está cubierto por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes externos.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no se haya aprobado para tratar la afección. Esto se denomina “uso para una indicación no autorizada”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos recetados para uso para una indicación no autorizada.

Además, por ley, ni Medicare ni MassHealth (Medicaid) pueden cubrir los tipos de medicamentos que figuran a continuación.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para pacientes externos fabricados por una compañía que indique que las pruebas o los servicios deban ser realizados solo por dicha compañía

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. En general, nuestras normas le recomiendan obtener un medicamento que funcione para su afección y que sea inocuo y eficaz. Cuando un medicamento inocuo y de menor costo funciona tan bien como uno de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden ser diferentes en función de la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las distintas versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Si existe una norma especial para su medicamento, suele significar que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor podría tener que comunicarnos primero su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, solicítenos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en permitirle que utilice el medicamento sin seguir pasos adicionales.

Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando, respectivamente, esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

En general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable tiene el mismo efecto que un medicamento de marca o producto biológico original y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de nuestra red le proporcionan, respectivamente, la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca o producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted o escribió "Sin sustitución" en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original o nos informó el motivo médico por el cual el medicamento genérico, biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o la persona autorizada a darle recetas deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir la receta. Esto se denomina autorización previa. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los miembros al número que figura al final de la página o visite nuestro sitio web en CommonwealthCareAlliance.org/MA para obtener más información sobre las autorizaciones previas.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos de más bajo costo que sean igual de eficaces antes de que cubramos los que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso que el medicamento B, podemos requerirle que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se denomina tratamiento escalonado. Llame a Servicios para los miembros al número que figura al final de la página o visite nuestro sitio web en CommonwealthCareAlliance.org/MA para obtener más información sobre el tratamiento escalonado.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad que usted puede obtener. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un medicamento determinado, podríamos limitar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento cada vez que surte su medicamento con receta.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Para averiguar si alguna de las normas anteriores se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los miembros o consulte nuestro sitio web en CommonwealthCareAlliance.org/MA. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.

D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Intentamos que su cobertura para medicamentos sea adecuada para usted, pero a veces un medicamento puede no estar cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y todavía no hemos revisado su inocuidad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero se aplican normas especiales o límites de cobertura. Como se explica en la sección anterior (Sección C), algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o la persona autorizada a darle recetas podría querer solicitarnos que hagamos una excepción.

Si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea, tiene algunas opciones.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, le podemos proporcionar un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra *Lista de medicamentos* o tiene algún tipo de restricción. Esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca de obtener un medicamento diferente o solicitarnos que cubramos el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra *Lista de medicamentos* **o bien**
 - nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos* **o bien**

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- ahora tiene algún tipo de límite.

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- Fue miembro de nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es para hasta 31 días.
 - Si su receta está escrita para menos días, permitimos que realice surtidos múltiples para proporcionar hasta un máximo de 31 días del medicamento. Usted debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es para hasta 31 días.
 - Si su receta está escrita para menos días, permitimos que realice surtidos múltiples para proporcionar hasta un máximo de 31 días del medicamento. Usted debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
- Usted ha sido miembro de nuestro plan por más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro para 31 días o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Para quienes tienen una transición de nivel de atención:
 - Para cambios en los niveles de atención de las personas inscritas actuales, proporcionaremos un suministro de emergencia para al menos 31 días (salvo que la receta esté escrita para menos días) para todos los medicamentos que no estén en el formulario, incluidos los que puedan tener requisitos de tratamiento escalonado o autorización previa. Una transición de nivel de

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



atención no planificada podría incluir cualquiera de las siguientes situaciones:

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

Para medicamentos de MassHealth (Medicaid):

- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro de su medicamento de MassHealth (Medicaid) durante 90 días o hasta que se completen su evaluación integral y su plan de atención, o menos si su receta indica menos días.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para los miembros al 866-610-2271 (TTY: 711).

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para los miembros.

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le termine el suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan podría cubrir un medicamento diferente que sea adecuado para usted. Llame a Servicios para los miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

O BIEN

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o pedirnos que cubramos el

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para hacer una excepción, puede ayudarlo a solicitarla.

D3. Cómo solicitar una excepción

Si un medicamento que está tomando se excluirá de nuestra *Lista de medicamentos* o se limitará de algún modo el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicítenos hacer una excepción y cubrir el medicamento para el próximo año del modo que desee.
- Responderemos a su solicitud de una excepción dentro de un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud (o de la declaración de respaldo por parte de la persona autorizada a dar recetas).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Para obtener más información sobre la solicitud de una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para los miembros.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos añadir o eliminar medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* a lo largo del año. También podemos cambiar nuestras normas sobre medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si requerimos o no la aprobación previa (Prior Approval, PA) de un medicamento (permiso nuestro antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límites de cantidad).
- Añadir o cambiar las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que le cubramos otro).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información acerca de estas normas sobre los medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubrimos a **principios** de año, por lo general no lo eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y menos costoso que sea tan eficaz como un medicamento incluido en nuestra *Lista de medicamentos* actualmente, o
- nos enteremos de que el medicamento no es seguro o
- se retire un medicamento del mercado.

¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede:

- Consultar en línea nuestra *Lista de medicamentos* actual en CommonwealthCareAlliance.org/MA o
- Llamar a Servicios para los miembros al número que figura al final de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Cambios que podemos realizar en la *Lista de medicamentos* que lo afectan durante el año actual del plan

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* son inmediatos. Por ejemplo:

Hay un nuevo medicamento genérico disponible. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que es tan eficaz como un medicamento de marca o producto biológico original incluido en la *Lista de medicamentos* actualmente. En ese caso, podríamos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento se mantendrá igual. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus límites o normas de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Es posible que no le informemos sobre este cambio antes de hacerlo, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hayamos hecho una vez que se haya realizado.
- Usted o su proveedor pueden solicitar que se haga una “excepción” a 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 excepciones.

Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminarlo inmediatamente de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que hagamos el cambio.

Si se le notifica que un medicamento que está tomando será retirado del mercado, siga uno de los siguientes pasos.

- Hable con su Coordinador de atención de CCA o
- Comuníquese de inmediato con la persona autorizada a darle recetas para buscar un medicamento con receta alternativo.

Podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informamos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios podrían realizarse si:

- La FDA proporciona nuevas recomendaciones o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando se realicen estos cambios:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en nuestra *Lista de medicamentos* o
- Le informaremos y le daremos un suministro para 31 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que pueda tomar o
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para que se siga cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



tomando. Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.

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

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y no lo afecten ahora. Para estos cambios, si está tomando un medicamento que cubríamos a **principios** de año, por lo general no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento por el resto del año.

Si se realiza alguno de estos cambios para un medicamento que usted está tomando (excepto para los cambios mencionados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del siguiente año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año en curso. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que lo afectará durante el siguiente año del plan.

F. Cobertura para medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. Usted no pagará ningún copago. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas de cobertura.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC), como un centro de atención de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si esta forma parte de nuestra red.

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

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



F3. En un programa de hospicios certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos para el dolor, contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico) que su hospicio no cubre porque no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe obtener una notificación de la persona autorizada a dar recetas o de su proveedor de hospicio en la que se indique que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar retrasos en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, usted puede pedirle a su proveedor de hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se asegure de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que le surta la receta.

Si deja el hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en la farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para corroborar que ha dejado el hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para los miembros* para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



G. Programas sobre la seguridad de los medicamentos y administración de los medicamentos

G1. Programas que le ayudan a utilizar los medicamentos en forma segura

Cada vez que usted obtiene un medicamento con receta, buscamos posibles problemas, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar que tiene el mismo efecto
- podrían no ser seguros debido a su edad o sexo
- podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que usted es alérgico o podría serlo
- podría haber un error en la cantidad (dosis)
- tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, usted podría ser elegible para obtener servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo aprovechar al máximo el beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que usted tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y medicamentos de venta libre

Luego, le darán lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Un resumen por escrito de la conversación. El resumen incluye un plan de acción para medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para un uso óptimo de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es recomendable que hable con la persona autorizada a darle recetas sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos con usted si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, infórmenos al respecto y cancelaremos su inscripción.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para los miembros.

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con la persona autorizada a darle recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos con la persona autorizada a darle recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta podría no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Requerirle que obtenga todas las recetas correspondientes a medicamentos opioides o benzodiazepina a través de una farmacia(s) determinada(s)
- Requerirle que obtenga todas las recetas correspondientes a medicamentos opioides o benzodiazepina a través de determinada(s) persona(s) autorizada(s) a dar recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le requerirá que obtenga estos medicamentos con receta solo a través de un proveedor o una farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación.

Si considera que hemos cometido un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a darle recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*).

El DMP puede no aplicarse en su caso si:

- tiene ciertas afecciones, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- recibe atención en un hospicio, centro de cuidados paliativos o de final de vida, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid)

Introducción

En este capítulo se explica lo que le corresponde pagar por sus medicamentos para pacientes externos. Al decir “medicamentos” nos referimos a:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por MassHealth (Medicaid), y
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Importante: La información a continuación explica cómo MassHealth (Medicaid) y Medicare cubren sus medicamentos con receta para que usted no tenga copagos. Mientras usted reúna los requisitos para CCA One Care (HMO D-SNP), no tendrá que pagar por sus medicamentos cubiertos.

Dado que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), recibe Ayuda adicional de Medicare para el pago de sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, LIS) o “LIS”. **Como miembro de One Care, MassHealth (Medicaid) cubre los costos restantes que Medicare no cubre de los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare.**

Otros términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de este *Manual para los miembros*.

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede consultar aquí:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La llamamos *Lista de medicamentos*. Indica lo siguiente:
 - Los medicamentos que pagamos

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- si los medicamentos tienen algún límite
- Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para los miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en CommonwealthCareAlliance.org/MA.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros*.
 - Indica cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos a través de nuestro plan.
 - Incluye las normas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Cuando usted utiliza la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) para buscar la cobertura de un medicamento (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es un estimado de los costos que se espera que usted pague de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y de farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que acuerdan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y de farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.



Índice

A.La Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)	189
B.Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos.....	190
C.Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo	191
C1. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo.....	191
D.Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D	192
D1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	192

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A. La *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)*

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos con receta. Registramos dos tipos de costos:

- **Los costos que paga de su bolsillo.** Esta es la cantidad de dinero que usted paga o que otros pagan en su nombre por sus medicamentos con receta. Esto incluye lo que usted paga cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda adicional de Medicare, los planes de salud de un empleador o un sindicato, el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP). Con nuestro plan, usted no tiene que pagar nada por sus medicamentos con receta, siempre y cuando siga las normas del Capítulo 5. Los costos que paga de su bolsillo serán cero.
- **Los costos totales de sus medicamentos.** Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)*. Para abreviar, la llamamos EOB. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La EOB incluye:

- **Información para el mes.** El resumen indica qué medicamentos recibió usted el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información muestra el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- **Alternativas de costo más bajo.** Cuando corresponda, esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada medicamento con receta.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos con receta obtiene y lo que usted paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted pagó. Puede solicitarnos que le reembolsemos el medicamento.

Estos son algunos ejemplos de cuándo usted debe proporcionarnos copias de sus recibos:

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

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para los miembros*.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



3. Envíenos información sobre los pagos que terceros realicen por usted.

4. Revise las EOB que le enviemos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Recibió los medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos indicados?** ¿Coinciden con aquellos incluidos en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con los que le recetó su médico?

B1. ¿Qué debe hacer si encuentra errores en este resumen?

Si algo le resulta confuso o parece ser incorrecto en esta EOB, llámenos a Servicios para los miembros de CCA One Care (HMO D-SNP).

B2. Acerca de la posibilidad de fraude

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra cosa que le resulte sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para los miembros de CCA One Care.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita.

Si considera que algo es incorrecto o está incompleto, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

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

Con nuestro plan, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos si cumple con nuestras normas.

C1. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene sus medicamentos con receta. Un

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



suministro a largo plazo es un suministro para hasta 102 días. El suministro a largo plazo no le costará nada.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y de farmacias*.

Si desea información sobre las farmacias que pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias* de nuestro plan.

D. Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios para los miembros para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte corresponde al costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte corresponde al costo de la administración de la vacuna. Por ejemplo, a veces su médico puede administrarle la vacuna a través de una inyección.

D1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

- Le recomendamos que llame a Servicios para los miembros si tiene pensado recibir una vacuna.
- Podemos decirle cómo nuestro plan cubre su vacuna.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen que pagar ningún costo por los servicios cubiertos.

Introducción

Este capítulo explica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar un pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de este *Manual para los miembros*.

Índice

A.Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	194
B.Cómo enviar una solicitud de pago. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen que pagar ningún costo por los servicios cubiertos.....	197
C.Decisiones de cobertura.....	203
D.Apelaciones.....	203

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Usted no debe recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan sus servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de CCA One Care (HMO D-SNP) le facturen estos servicios o medicamentos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si usted recibe una factura por atención médica o medicamentos, no la pague y envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte el Capítulo 9.

- Si cubrimos los servicios o los medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o los medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a recibir un reembolso.
- Si usted pagó servicios cubiertos por Medicare, le otorgaremos un reembolso.
- Si usted pagó servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid), nosotros no podemos otorgarle un reembolso, pero el proveedor o MassHealth (Medicaid) lo hará. Servicios para los miembros puede ayudarlo a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte al final de la página el número de teléfono de Servicios para los miembros.
- Si no cubrimos los servicios o los medicamentos, se lo comunicaremos.

Comuníquese con Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Los ejemplos de cuándo es posible que tenga que solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió incluyen:

1. Cuando usted recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le otorguemos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Usted podría recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó el servicio de Medicare, le otorgaremos un reembolso.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red deben facturarnos a nosotros siempre. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando recibe servicios o medicamentos con receta. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan el pago de los servicios o de un monto mayor que la parte que le corresponde usted de los costos. **Llame a Servicios para los miembros** al número que figura al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Como pagamos la totalidad del costo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos por sus servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. Incluso podría haber sido el año pasado).

- Si se le inscribió retroactivamente y usted pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



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

Si utiliza una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento con receta.

- Solo en pocos casos cubriremos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Si no lleva con usted su tarjeta de identificación de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque su información de inscripción del plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro del plan.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta por un medicamento que no está cubierto

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) en nuestro sitio web, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conoce o que usted cree que no se aplica en su caso. Si usted decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Si usted no paga el medicamento, pero considera que nosotros deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este Manual para los miembros).
- Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato (en un plazo de 24 horas), usted puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este Manual para los miembros).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, puede ser necesario obtener más información de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas para que le reembolsemos el medicamento. Podríamos no reembolsarle el costo total que pagó si el precio que pagó es superior a nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando usted nos envía una solicitud de pago, la analizamos y decidimos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o el medicamento debe cubrirse, lo pagamos.

Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.

B. Cómo enviar una solicitud de pago. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no tienen que pagar ningún costo por los servicios cubiertos.

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que extendió o un recibo del proveedor. **Es recomendable hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.** Puede solicitarle ayuda a su coordinador de atención.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reembolso para solicitar su pago. No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe estar firmada por usted, por un representante autorizado o por una persona autorizada a dar recetas que tenga una licencia. La siguiente información es necesaria para procesar su solicitud:

- Nombre y apellido

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Identificación de miembro o su fecha de nacimiento
- Nombre del proveedor de servicios/suministros y su Identificación Nacional de Proveedor (National Provider ID, NPI)
- Fecha(s) del servicio
- Código(s) de terminología actual de procedimiento (Current Procedural Terminology, CPT)
- Código(s) de diagnóstico
- Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben indicar lo siguiente:
 - Lugar y fecha de compra
 - Monto total pagado
 - Artículos/servicios para reembolsar
- El recibo o la factura debe incluir los códigos de diagnóstico y procedimiento. Si una factura detallada no está disponible, puede enviar una declaración del proveedor/suministrador en papel con su membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados de regalo o tarjetas de regalo. CCA no reembolsará cupones.
- Sería útil que indique el tipo de servicio:
 - Médico/salud conductual
 - Servicios dentales
 - Equipos/Suministros
 - Transporte
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (CommonwealthCareAlliance.org/MA) o llamar a Servicios para los miembros y solicitar el formulario.

Envíenos por correo o fax su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos pagados a esta dirección:

Commonwealth Care Alliance
P.O. Box 1127 Dayton,
Ohio 45401-1127
Fax: 617-426-1311

Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Reembolso de medicamentos con receta (Parte D)

El reembolso de medicamentos con receta es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios de farmacia

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



(Pharmacy Benefit Manager, PBM), CVS Caremark, para proporcionar los reembolsos de medicamentos con receta de la Parte D.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reembolso de medicamentos con receta para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario de medicamentos con receta, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe estar firmada y fechada por usted, por un representante autorizado o por una persona autorizada a dar recetas que tenga una licencia. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
 - Nombre y apellido
 - Número de teléfono
 - Fecha de nacimiento
 - Género
 - Identificación de miembro
 - Dirección postal
 - Complete la sección Información sobre sus medicamentos con receta (Tell us about your prescriptions)
 - Para vacunas y medicamentos con receta compuestos, incluya el formulario adicional correspondiente
 - Firma y fecha de la firma
 - Nombre y dirección de la farmacia o número de la National Association of Boards of Pharmacy (NABP) de la farmacia
 - Nombre del médico que emitió la receta
 - Dirección del médico que emitió la receta
 - Número de teléfono del médico que emitió la receta
 - Fecha(s) en que se obtuvo el medicamento con receta
 - Nombre del medicamento
 - Número de receta
 - Para los medicamentos compuestos, se necesita la siguiente información:
 - Forma final del compuesto (crema, parches, supositorio, suspensión, etc.)
 - Tiempo dedicado a la preparación del medicamento
 - Ingredientes compuestos

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Código Nacional de Medicamento (NDC)
- Cantidad
- Días de suministro
- Recibo o comprobante de pago, que debe incluir lo siguiente:
 - Nombre del paciente
 - Número de receta
 - Código Nacional de Medicamento (NDC)
 - Fecha de obtención
 - Cantidad de medicamento dispensado
 - Días de suministro dispensado
 - Monto total pagado
- Monto pagado por el miembro
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (CommonwealthCareAlliance.org/MA) o llamar a Servicios para los miembros y solicitar el formulario.

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos pagados por correo a CVS Caremark, a esta dirección:

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

Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Reembolso de servicios de la vista

El reembolso de la atención de la vista de rutina es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan se ha asociado con EyeMed para proporcionar los reembolsos de atención de la vista de rutina. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para otorgarle un reembolso.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reembolso de EyeMed para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario de reembolso, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe estar firmada y fechada por usted, por un representante autorizado o por

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



una persona autorizada a dar recetas que tenga una licencia. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:

- Fecha de nacimiento del miembro
- Nombre y apellido
- Género
- Dirección del miembro
- Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro
- Fecha del servicio
- Tipo de lente
- Información del proveedor (nombre, dirección, ciudad y estado)
- Recibo detallado, incluidos los servicios pagados por código, fecha del servicio y
- método de pago

El recibo o la factura debe incluir los códigos de diagnóstico y procedimiento. Si una factura detallada no está disponible, puede enviar una declaración del proveedor/suministrador en papel con su membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. No podemos aceptar solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados de regalo o tarjetas de regalo. No reembolsaremos cupones.

Comprobante de pago

- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (CommonwealthCareAlliance.org/MA) o llamar a Servicios para los miembros y solicitar el formulario, o enviar por correo a EyeMed su solicitud de pago, junto las facturas o recibos pagados, a esta dirección: First American Administrators, Inc. Attn: OON Claims, PO Box 8504, Mason, OH 45040-7111 Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio.

Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Reembolso de beneficios auditivos

El reembolso de la atención auditiva de rutina es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios, NationsHearing, para proporcionar los reembolsos de beneficios auditivos de rutina. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para otorgarle un reembolso.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reembolso para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario de reembolso, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe estar firmada y fechada por usted, por un representante autorizado o por una persona autorizada a dar recetas que tenga una licencia. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
 - Nombre y apellido
 - Identificación de miembro o su fecha de nacimiento
 - Nombre del proveedor del servicio/suministro y su Identificación Nacional de Proveedor (National Provider ID, NPI)
 - Fecha(s) del servicio
 - Código(s) de terminología actual de procedimiento (Current Procedural Terminology, CPT)
 - Código(s) de diagnóstico
 - Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben indicar lo siguiente:
 - Lugar y fecha de compra
 - Monto total pagado
 - Artículos/servicios para reembolsar
 - El recibo o la factura debe incluir los códigos de diagnóstico y procedimiento. Si una factura detallada no está disponible, puede enviar una declaración del proveedor/suministrador en papel con su membrete. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados de regalo o tarjetas de regalo. CCA no reembolsará cupones.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (CommonwealthCareAlliance.org/MA) o llamar a Servicios para los miembros y solicitar el formulario.

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

Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que haya recibido el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto de dinero, si lo hubiera, que usted debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, el artículo o el medicamento, y usted siguió todas las normas para obtenerlo, lo pagaremos. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque. Si pagó el costo total de un medicamento, usted podría no obtener el reembolso del monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de este *Manual para los miembros* explica las normas para que se cubran sus servicios. El **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros* explica las normas para que se cubran sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explicará sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9, Sección E**.

D. Apelaciones

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se lo denomina “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene plazos y procedimientos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*.

- Para presentar una apelación sobre la obtención de un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Para presentar una apelación acerca de obtener un reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.



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 ordenados alfabéticamente en el último capítulo de este *Manual para los miembros*.

Índice

A.Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	206
B.Nuestra responsabilidad de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	207
C.Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (Personal Health Information, PHI).....	208
C1. Cómo protegemos su información de salud personal	208
C2. Su derecho a ver sus registros médicos.....	208
D.Nuestra responsabilidad de proporcionarle información.....	220
E.Imposibilidad de los proveedores de la red para facturarle directamente.....	221
F.Su derecho a dejar nuestro plan	221
G.Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	223
G1. Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar las decisiones... ..	223
G2. Su derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si usted no puede tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismo	224
G3. Qué hacer si sus instrucciones no se siguen	225
H.Su derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar nuestras decisiones.....	226
H1. Qué hacer ante un trato que no ha sido imparcial o para obtener más información sobre sus derechos	226
I.Sus responsabilidades como miembro del plan.....	227

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto los clínicos como los no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para aquellas personas con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Tenemos la obligación de informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de un modo que pueda comprender, llame a Servicios para los miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede facilitarle material en otros idiomas además del inglés, incluido español, y en formatos como tamaño de letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los miembros o escriba a CCA One Care (HMO D-SNP). Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711) para solicitar información en otros idiomas y formatos. La llamada es gratuita. A efectos de futura correspondencia, mantendremos registrada su solicitud de formatos alternativos y/o idiomas especiales. Puede cambiar sus preferencias de comunicación con nosotros en cualquier momento llamando a Servicios para los miembros.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a dificultades con el idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- My Ombudsman (Mi defensor) al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9 a.m. a 4 p.m.
 - Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para las personas sordas, con problemas de audición o del habla.
 - Use el Videoteléfono (VP) 339-224-6831. Este número es para las personas sordas o con problemas de audición.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Centro de servicio al cliente de MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (TTY: 711).

Oficina de Derechos Civiles al 1- 800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual para los miembros*.
 - Llame a Servicios para los miembros o consulte el *Directorio de proveedores y de farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y los médicos que están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a consultar con un especialista en la salud de la mujer sin obtener una remisión. Nosotros **no** le exigimos que obtenga remisiones.
- 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 los especialistas.
 - Si no puede recibir los servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar la atención médica fuera de la red.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención de urgencia sin una autorización previa (Prior Authorization, PA).
- Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de la red sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para los miembros*.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



El **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* le explica lo que puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. También le explica lo que puede hacer si hemos rechazado la cobertura para sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (Personal Health Information, PHI)

Protegemos su PHI según lo exigido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su PHI. Le enviamos un aviso por escrito en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. Este aviso se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad).

C1. Cómo protegemos su información de salud personal

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Excepto en los casos mencionados a continuación, no compartimos su PHI con ninguna persona que no le brinda atención ni paga por ella. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o una persona legalmente autorizada para tomar decisiones en su nombre, puede dar su permiso por escrito.

A veces no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar su PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionar a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a ver sus registros médicos

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otros y cómo lo hacemos para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para los miembros.

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a esta información. Revíselo detenidamente.

Fecha de entrada en vigencia: 31 de julio de 2025

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

Nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso y de hacer que los cambios entren en vigencia para toda la Información médica que administramos. Si hacemos un cambio sustancial en el Aviso, (i) publicaremos el Aviso actualizado en nuestro sitio web; (ii) publicaremos el Aviso actualizado en cada una de las ubicaciones de servicio de Nuestros Proveedores de Atención Médica; y (iii) pondremos a disposición copias del Aviso actualizado cuando se solicite.

También le enviaremos a los Miembros de Nuestro Plan de Salud información sobre el Aviso actualizado y cómo obtenerlo (o una copia del Aviso) en el próximo correo anual a los Miembros. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso que está vigente actualmente.

Información de contacto: Si tiene preguntas sobre la información de este Aviso o desea ejercer sus derechos o presentar un reclamo, póngase en contacto con:

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attention: Privacy Officer
2 Avenue de Lafayette
Boston, MA 02110
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

SECCIÓN 1: Compañías a las que se aplica este Aviso

Este Aviso se aplica a Commonwealth Care Alliance, Inc. y a sus filiales que están sujetas a la Norma de Privacidad de la HIPAA como “entidades cubiertas”. Algunas de estas filiales son “**Nuestros Planes de Salud**”, compañías que brindan o pagan beneficios de Medicare, beneficios de Medicaid u otros beneficios de atención médica, como una aseguradora de salud o una HMO. Otras subsidiarias son Nuestros Proveedores de Atención Médica (“**Nuestros Proveedores**”) que les brindan tratamientos a pacientes, como clínicas de atención primaria.

En este Aviso se describe cómo todas estas entidades utilizan y divulgan su Información médica y sus derechos con respecto a esa información. En la mayoría de los casos, Nuestros Planes de Salud utilizan y divulgan su Información médica de la misma manera que Nuestros Proveedores y sus derechos a su Información médica son los mismos. Sin embargo, cuando existen diferencias, en este Aviso se explicarán esas diferencias describiendo cómo tratamos de manera diferente la Información médica sobre un **Miembro del Plan de Salud** y la Información médica sobre un **Paciente del Proveedor**.

Los Planes de salud y los Proveedores a los que se aplica este Aviso incluyen los siguientes:
Nuestros Planes de Salud

- Commonwealth Care Alliance One Care
- Commonwealth Care Alliance Senior Care Options

Nuestros Proveedores de Atención Médica

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston’s Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
- instED[®]
- Marie’s Place
- Community Intensive Care, Inc.

SECCIÓN 2: Información que recopilamos y protegemos:

Las personas son responsables de proporcionar Información médica correcta y completa a Commonwealth Care Alliance, Inc., y sus filiales (CCA) para ofrecer servicios de calidad. CCA se compromete a proteger la confidencialidad de la

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Información médica de las personas que se recopila o crea, en forma física, electrónica y oral, como parte de nuestras operaciones y prestación de servicios. Cuando interactúa con nosotros a través de nuestros servicios, es posible que recopilamos su Información médica y otra información, tal y como se describe a continuación.

La Información médica puede incluir información personal, pero toda se considera Información médica cuando la proporcione a través de los siguientes servicios, o en relación con ellos:

- Recopilamos su información, como las direcciones de correo electrónico, información personal, financiera o demográfica, cuando nos proporciona dicha información voluntariamente, como (entre otros) cuando se comunica con nosotros con consultas, completa formularios en línea, responde una de nuestras encuestas, responde a un material publicitario o promocional, se registra para acceder a nuestros servicios, o utiliza ciertos servicios.

La Información protegida de salud (PHI) que recopilamos, utilizamos y podemos compartir puede estar en forma oral, escrita o electrónica e incluye lo siguiente:

- Su nombre, número de Social Security, dirección y fecha de nacimiento
- Sexo asignado al nacimiento
- Raza/origen étnico
- Idioma
- Historia clínica
- Información de inscripción con CCA u otro plan de salud
- Identidad de género
- Orientación sexual
- Pronombres preferidos

SECCIÓN 3: Cómo utilizamos y divulgamos su Información médica

En esta sección de nuestro Aviso, se explica cómo podemos utilizar y divulgar su Información médica para brindar atención médica, pagar por la atención médica, recibir el pago de dicha atención y operar nuestra empresa de manera eficiente. En esta sección, también se describen otras circunstancias en las que podemos utilizar o divulgar su Información médica.

Nuestro modelo de atención requiere que Nuestros Planes de Salud y Nuestros Proveedores de Atención Médica trabajen juntos con otros proveedores de atención médica para brindarle servicios médicos. Nuestro personal profesional, los médicos y otros proveedores de atención (conocidos como un “Equipo de atención”) tienen acceso a su Información médica y se la comparten entre ellos según sea necesario para

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



realizar el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según lo permitido por la ley.

Tratamiento: Nuestros Proveedores pueden utilizar la Información médica del paciente y es posible que divulguemos Información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica en relación con su tratamiento y la coordinación y administración de su atención médica con otros.

Ejemplo: se le da el alta de un hospital. Nuestro profesional en enfermería puede divulgar su Información médica a una agencia de atención médica a domicilio para asegurarse de que obtenga los servicios que necesita después del alta del hospital.

Ejemplo: selecciona un Proveedor de atención primaria. Es posible que le proporcionemos a su Proveedor de atención primaria algo de información sobre usted, como su número de teléfono, dirección y que prefiere hablar español para que el proveedor de atención primaria pueda comunicarse con usted para programar la atención o enviarle recordatorios.

Pago: es posible que utilicemos y divulguemos su Información médica para pagar los servicios de atención médica que recibió y para recibir el pago de otros por dichos servicios.

Ejemplo: para procesar y pagar las reclamaciones por los servicios de atención médica y el tratamiento que recibió.

Su médico puede enviarle a Nuestro Plan de Salud una reclamación por los servicios de atención médica que le brindaron. El Plan de salud puede usar esa información para pagar la reclamación de su médico y puede divulgarle la Información médica a Medicare o a MassHealth cuando el Plan de salud solicita el pago de los servicios.

Ejemplo: Para proporcionarle información a un médico o al hospital para confirmar sus beneficios.

Operaciones de atención médica: podemos utilizar y divulgar su Información médica para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permiten administrar los beneficios a los que tiene derecho en virtud de Nuestro Plan de Salud y el tratamiento brindado por Nuestro Proveedor. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su Información médica por las siguientes

razones:

- Revisar y evaluar las habilidades, las calificaciones y el rendimiento 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; sin embargo, la ley nos prohíbe utilizar su información genética con fines de evaluación de riesgos.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A continuación, se incluyen algunos ejemplos de maneras en que utilizamos la PHI:

- Para revisar la calidad de la atención y los servicios que recibe.
- Para ayudarle y brindarle información y servicios, educativos y de mejora de la salud, por ejemplo, para afecciones como la diabetes.
- Para informarle de los servicios y programas adicionales que pueden ser de su interés o ayudarle, por ejemplo, un beneficio para ayudarle a pagar las clases de acondicionamiento físico.
- Para recordarle que se realice evaluaciones regulares de salud, pruebas de detección o controles.
- Para desarrollar programas e iniciativas de mejora de la calidad, incluidos la creación, el uso o el intercambio de datos desidentificados según lo permitido por la HIPAA.
- Para investigar y enjuiciar casos, como el fraude, el desperdicio o el abuso.

Actividades Conjuntas. Commonwealth Care Alliance, Inc., y sus filiales tienen un acuerdo para trabajar en conjunto 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 relacionados con las actividades conjuntas de estos “acuerdos de atención médica organizados”.

Personas involucradas en su atención: podemos divulgar su Información médica a un pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención médica. Por ejemplo, si nos pide que compartamos su Información médica con su cónyuge, le divulgaremos su Información médica a su cónyuge. También podemos divulgar su Información médica a estas personas si usted no está disponible para aceptar y determinamos que es lo más conveniente para usted. En caso de emergencia, podemos utilizar o divulgar su Información médica a un familiar, otra persona involucrada en su atención médica o una organización de socorro en desastres (como la Red Cross), si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o afección.

Según lo estipula la ley: utilizaremos y divulgaremos su Información médica cada vez que la ley lo exija. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- Divulgaremos Información médica en respuesta a una orden judicial o en respuesta a una citación.
- Utilizaremos o divulgaremos Información médica para ayudar con un producto retirado del mercado o informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Divulgaremos Información médica a una agencia de supervisión de la salud, una agencia responsable de supervisar los planes de salud, los proveedores de atención

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



médica, el sistema de atención médica en general o ciertos programas gubernamentales, como Medicare y MassHealth.

- Divulgaremos la Información médica de una persona a alguien que reúne los requisitos como su Representante personal. Una “Representante personal” tiene la autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el padre o tutor de un niño, una persona con un poder de representación para las decisiones de atención médica o un tutor designado por el tribunal para una persona con discapacidad.

Amenaza para la salud o la seguridad: podemos utilizar o divulgar su Información médica si consideramos que es necesario prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.

Actividades de salud pública: podemos utilizar o divulgar su Información médica para actividades de salud pública, como investigar enfermedades, informar sobre abuso y negligencia, infantil o doméstica, y monitorear medicamentos o dispositivos regulados por la Food and Drug Administration.

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar Información médica a un funcionario responsable del cumplimiento de la ley con fines específicos y limitados, como divulgaciones de Información médica sobre la víctima de un crimen o en respuesta a una citación del gran jurado. También podemos divulgar Información médica sobre un recluso de una institución correccional.

Médicos forenses y otros: podemos divulgar Información médica a un médico forense, un examinador médico o un director de funerarias o a organizaciones que ayudan con trasplantes de órganos, ojos y tejidos.

Compensación laboral: podemos divulgar Información médica según lo autorizan las leyes de compensación laboral, y en cumplimiento de ellas.

Organizaciones de investigación: Podemos utilizar 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 utilizar o divulgar su Información médica para ciertas funciones gubernamentales, incluidas, entre otras, las actividades del ejército y de veteranos, y las actividades de seguridad nacional e inteligencia.

Socios comerciales: tenemos un contrato con proveedores para realizar funciones en nuestro nombre. A estos “socios comerciales”, les permitimos recopilar, utilizar o divulgar Información médica en nuestro nombre para realizar estas funciones. Obligamos contractualmente a nuestros socios comerciales (y ellos están obligados por ley) a proporcionar las mismas protecciones de privacidad que nosotros ofrecemos.

Comunicaciones para recaudación de fondos: podemos utilizar o divulgar Información médica para la recaudación de fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nosotros (o en nuestro nombre), puede optar por no participar en las actividades de recaudación de fondos futuras.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Restricciones adicionales respecto de la utilización y divulgación en virtud de las leyes estatales y otras leyes federales: Algunas leyes estatales u otras leyes federales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restringen aún más la utilización y divulgación de cierta información de salud sensible. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información:

1. Información sobre el consumo de alcohol y sustancias: La Información médica recibida de un programa de tratamiento de drogas o trastornos por uso de sustancias asistido federalmente (“Programas de la Parte 2”), a través de un consentimiento general que usted otorgue, puede utilizarse para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y volver a divulgarse de manera similar a su otra información. Esta información específica no será utilizada ni divulgada en procedimientos judiciales sin su autorización por escrito o una orden judicial.
2. Información biométrica
3. Información sobre abuso o negligencia de menores o adultos
4. Información sobre violencia doméstica
5. Información genética
6. Información sobre el HIV/AIDS
7. Información sobre salud conductual
8. Información sobre salud reproductiva y aborto
9. Información sobre enfermedades de transmisión sexual

Cuando las leyes estatales u otras leyes federales le ofrecen una mayor protección de la privacidad, cumpliremos con los requisitos más estrictos, cuando se apliquen a nosotros.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa

Excepto como se describe anteriormente, no utilizaremos o divulgaremos su Información médica sin su permiso por escrito (“**autorización**”). Es posible que nos comuniquemos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización para nuestros usos y divulgaciones, o puede comunicarse con nosotros para divulgarle su Información médica a otra persona y tendremos que pedirle que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito, puede revocarla (o cancelarla) en el futuro. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito (envíenosla utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso). Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su Información médica según la autorización, excepto en la medida en que hayamos actuado conforme a dicha autorización. Los siguientes son usos o divulgaciones de su Información médica para los cuales necesitamos su autorización por escrito:

- **Utilización o divulgación con fines de “marketing”:** Solo podemos utilizar o divulgar su Información médica con fines de “marketing” si tenemos su autorización por escrito. No obstante, podemos enviarle información sobre determinados productos y servicios relacionados con la salud sin su autorización por escrito, siempre y cuando nadie nos pague para enviar la información.
- **Venta de su Información médica:** Commonwealth Care Alliance, Inc., no venderá su Información médica. Para hacerlo, necesitaríamos su autorización por escrito.
- **Utilización y divulgación de notas de psicoterapia:** excepto en determinadas actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o según lo exigido por la ley, solo podemos utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización por escrito.

No utilizaremos de manera indebida su raza, origen étnico, idioma, situación de discapacidad, identidad de género u orientación sexual para lo siguiente:

- Determinar beneficios
- Pagar reclamaciones
- Determinar su costo o elegibilidad para los beneficios
- Discriminar a miembros o pacientes por cualquier motivo
- Determinar la disponibilidad o el acceso a servicios de atención médica o administrativos

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



SECCIÓN 5: Usted tiene derechos con respecto a su Información médica

Tiene ciertos derechos con respecto a su Información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede ponerse en contacto con nosotros utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso.

Derecho a una copia de este Aviso: tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el Aviso de manera electrónica.

Derecho de acceso para inspección y copia: tiene derecho a inspeccionar (ver o revisar) y recibir una copia o resumen de su Información médica que administramos en un “conjunto de registros designado”. Si mantenemos esta información de forma electrónica, puede obtener una copia electrónica de estos registros. También puede instruir a Nuestros Proveedores de Atención Médica para enviarle a un tercero una copia electrónica de la información sobre usted que administramos en un Registro médico electrónico. Debe proporcionarnos una solicitud por escrito para este acceso. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo para cubrir los costos de una copia de su Información médica. En virtud de la Norma de Privacidad de la HIPAA y en circunstancias muy limitadas, podemos denegar esta solicitud. Le brindaremos una denegación por escrito, a más tardar, en un plazo de 30 días calendario después de la solicitud (o no más de 60 días calendario si le comunicamos una extensión).

Derecho a solicitar que se modifique su Información médica: Si cree que la Información médica que tenemos es inexacta o está incompleta, tiene derecho a solicitar que la modifiquemos, corrijamos o completemos. Su solicitud debe hacerse por escrito e incluir una explicación de por qué nuestra información debe cambiarse. Si estamos de acuerdo, cambiaremos su información. Si no estamos de acuerdo, le brindaremos una explicación con las futuras divulgaciones de la información.

Derecho a un registro de divulgaciones: tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hacemos sobre su Información médica (“**registro de divulgaciones**”). La lista no incluirá divulgaciones para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, las divulgaciones hechas hace más de seis años, ni ciertas otras divulgaciones.

Proporcionaremos un registro cada año de forma gratuita, pero es posible que le cobremos un cargo razonable, basado en el costo, si solicita otro dentro de un plazo de 12 meses. Debe presentar la solicitud de un registro de divulgaciones por escrito.

Derecho a solicitar restricciones sobre usos y divulgaciones: tiene derecho a solicitar que limitemos cómo utilizamos y divulgamos su Información médica (i) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o (ii) a personas involucradas en su atención médica.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Excepto en los casos descritos a continuación, no tenemos la obligación de aceptar la restricción que solicita. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos sus restricciones, a menos que la información sea necesaria para el tratamiento de emergencia.

Nuestros Proveedores de Atención Médica deben aceptar su solicitud de limitar las divulgaciones de Información médica si (i) las divulgaciones son para los pagos u operaciones de atención médica (y no son obligatorios por ley) y (ii) la información corresponde solo a los productos 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 alternativo de contacto: tiene derecho a solicitar por escrito que nos comunicamos con usted en un lugar diferente o mediante un método diferente. Por ejemplo, puede preferir que le envíen toda la información escrita por correo a la dirección de su trabajo en lugar de a la dirección de su hogar o que se la envíen por correo electrónico.

Nuestros Proveedores de Atención Médica aceptarán cualquier solicitud razonable de métodos alternativos de contacto.

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

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo por escrito ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o el U.S. Department of Health and Human Services.

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

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

SECCIÓN 7: Requisitos específicos del estado

Massachusetts Immunization Information Systems: Nuestros Proveedores deben informarle sobre las vacunas que reciba al Massachusetts Immunization Information System (MIIS). El MIIS es un sistema estatal para mantener un registro de las vacunas y lo administra el Massachusetts Department of Public Health (MDPH). Si no quiere que se compartan sus registros del MIIS con otros proveedores de atención médica, deberá enviar un Formulario de objeción al intercambio de datos a:

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

SECCIÓN 8: Más información sobre cómo CCA implementa funciones de seguridad en la PHI

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Commonwealth Care Alliance cumple con la Health Insurance Privacy and Accountability Act (HIPAA) en nuestro manejo de la información médica personal (PHI) de miembros y pacientes. Las siguientes iniciativas describen de manera general las acciones que CCA lleva a cabo para proteger esa información confidencial.

Protecciones administrativas:

- **Políticas y procedimientos.** CCA implementa políticas y procedimientos razonables para cumplir con las normas, las especificaciones de implementación u otros requisitos de la Norma de Seguridad de la HIPAA.
- **Proceso de administración de seguridad.** CCA implementa políticas y procedimientos para prevenir, detectar, contener y corregir infracciones de seguridad.
- **Responsabilidades de seguridad asignadas.** El director de Seguridad de la Información es responsable del desarrollo y la implementación de las políticas y procedimientos de seguridad.
- **Seguridad del personal.** El acceso a la PHI electrónica se limitará únicamente a aquellos miembros del personal que necesiten acceso a dichos registros para realizar sus responsabilidades laborales.
- **Concientización y capacitación en seguridad.** CCA implementa un programa de cumplimiento de privacidad y seguridad que incluye capacitación, educación y concientización para todos los miembros del personal (incluso nuestra junta directiva).
- **Procedimientos para incidentes de seguridad.** CCA implementa políticas y procedimientos para abordar los incidentes de privacidad y seguridad.
- **Plan de contingencia.** CCA establece políticas y procedimientos para responder a una emergencia u otra situación (por ejemplo, incendios, vandalismo, fallos del sistema y desastres naturales) que dañan los sistemas que contienen PHI electrónica. Estas políticas incluyen copias de seguridad y planes de respuesta empresarial.

Protecciones físicas:

- **Controles de acceso a centros.** CCA ha implementado políticas y procedimientos para limitar el acceso físico a sus sistemas de información electrónica y al centro o centros en los que se encuentran, al tiempo que garantiza que se permita el acceso debidamente autorizado.
- **Seguridad en la estación de trabajo.** CCA implementa protecciones físicas para todas las estaciones de trabajo que acceden a PHI electrónica, para restringir el acceso a usuarios autorizados.
- **Controles de dispositivos y medios.** CCA implementa políticas y procedimientos que regulan la recepción y eliminación de hardware y medios electrónicos que contienen PHI electrónica dentro y fuera de un centro, y la circulación de estos productos dentro del centro.

Protecciones técnicas y electrónicas:

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- **Control del acceso.** CCA implementa políticas y procedimientos técnicos para los sistemas de información electrónica que administran PHI electrónica para permitir el acceso solo a aquellas personas o programas de software a los que se haya otorgado derechos de acceso.
- **Controles de auditoría.** CCA implementa mecanismos de hardware, software o procedimientos que registran y examinan la actividad en los sistemas de información que contienen o utilizan PHI electrónica.
- **Integridad.** CCA implementa políticas y procedimientos para proteger la PHI electrónica de alteraciones o destrucción indebidas.
- **Autenticación de personas o entidades.** CCA implementa procedimientos para verificar que una persona o entidad que solicita acceso a la PHI electrónica sea realmente quien afirma ser.
- **Seguridad de transmisión.** CCA implementa medidas de seguridad técnicas para proteger la PHI electrónica contra accesos no autorizados durante su transmisión a través de una red de comunicaciones electrónicas.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, disponemos de servicios de interpretación para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para conseguir un intérprete, llame a Servicios para los miembros. Este es un servicio gratuito para usted. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en español, o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711). También podemos brindarle información gratuita en letra grande, braille, audio, videoclips en lengua de señas estadounidense y otros formatos.

Llame a Servicios para los miembros si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - la cantidad de apelaciones presentadas por miembros

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- cómo dejar nuestro plan
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, incluido lo siguiente:
 - cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para los miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para los miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites de su cobertura y medicamentos
 - normas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros*), incluso solicitarnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - modifiquemos una decisión que tomamos
 - paguemos una factura que usted recibió

E. Imposibilidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos menos del monto que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para los miembros*.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios de atención médica a través de Original Medicare o de otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para los miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo MA o plan de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de MassHealth (Medicaid) si deja nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar las decisiones

Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los riesgos involucrados. Debemos informarle por adelantado si algún servicio o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a recurrir a otro médico antes de decidir un tratamiento.
- **Decir no.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Usted tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no cancelaremos su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Pedir que le expliquemos por qué un proveedor ha denegado atención médica.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le ha denegado la atención que usted considera que debería recibir.
- **Pedir que cubramos un servicio o medicamento que denegamos o que normalmente no cubrimos.** Esto se denomina decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* explica cómo solicitamos una decisión de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



G2. Su derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si usted no puede tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas. Antes de que eso le ocurra, usted puede:

- Completar un formulario por escrito **para otorgarle a alguien el derecho de tomar decisiones sobre la atención médica por usted** en caso de que alguna vez usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que se utiliza para dar instrucciones se denomina “instrucciones anticipadas”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. El testamento vital y el poder de representación para la atención médica son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Usted no está obligado a utilizar instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar instrucciones anticipadas:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario a través de su médico, de un abogado, de un trabajador social, o conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. Las farmacias y las oficinas de los proveedores suelen tener los formularios. Puede buscar un formulario gratuito en línea y descargarlo. Puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar un formulario proporcionado por Honoring Choices Massachusetts. También puede descargar una copia del formulario desde el sitio web de Honoring Choices Massachusetts (www.honoringchoicesmass.com).
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado o alguien de su confianza, como un familiar o su PCP, le ayude a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que necesiten saber al respecto.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que usted designe en el formulario como quien puede tomar las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en su casa.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Si va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Que se incluya su instrucción anticipada en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar su instrucción anticipada en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si sus instrucciones no se siguen

Si firmó instrucciones anticipadas y considera que un médico u hospital no respetó las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante la Unidad de Quejas de la División de Calidad de la Atención Médica del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, Division of Healthcare Quality's Complaint Unit) llamando al 1-800-462-5540. Para presentar una queja contra un proveedor de atención médica individual, llame a la Junta de Registro de Medicina (Board of Registration in Medicine) al 781-876-8200.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* le indica qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre la atención médica o los servicios cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan han presentado contra nosotros. Llame a Servicios para los miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato que no ha sido imparcial o para obtener más información sobre sus derechos

Si usted cree que le hemos tratado injustamente, y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de este *Manual para los miembros*; o bien, desea más información acerca de sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para los miembros.
- El programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Para obtener más detalles sobre SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone), consulte el **Capítulo 2, Sección C**.
- My Ombudsman (Mi defensor) al 1-855-781-9898 (llamada gratuita), de lunes a viernes de 9 a.m. a 4 p.m.
 - Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para las personas sordas, con problemas de audición o del habla.
 - Use el Videoteléfono (VP) 339-224-6831. Este número es para las personas sordas o con problemas de audición.
 - Envíe un correo electrónico a My Ombudsman (Mi defensor) a info@myombudsman.org.

My Ombudsman (Mi defensor) es un programa independiente que puede ayudarlo a abordar inquietudes o conflictos con su inscripción en One Care o su acceso a los beneficios y servicios de One Care.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (Usted también puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare) que se encuentra en el sitio web

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (TTY: 711).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros.

- **Lea este *Manual para los miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para los miembros*. En esos capítulos se indica lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que tiene que pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para los miembros*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted utiliza todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame a Servicios para los miembros si tiene otra cobertura.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Facilíteles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye los medicamentos con

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



receta, los de venta libre (Over-the-Counter, OTC), las vitaminas y los suplementos.

- Pregunte cualquier duda que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio del médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9, Sección G** para saber cómo presentar una apelación).
- **Infórmenos si se muda.** Si tiene previsto mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicios para los miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo pueden ser miembros de este plan las personas que viven en nuestra área de servicio. El **Capítulo 1** de este *Manual para los miembros* informa sobre nuestra área de servicio.
 - Si se mudará fuera de nuestra área de servicio, podemos ayudarlo a averiguar. Durante un período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe a Medicare y a MassHealth (Medicaid) su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para los miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y MassHealth (Medicaid).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**
- Llame a Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o dudas.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para averiguar qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre nuestro plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan dice que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó nuestro plan sobre su atención.
- Considera que los servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Este capítulo se encuentra en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que busca. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo está organizado en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente la información sobre qué hacer para su problema o inquietud.

Si está enfrentando un problema con sus servicios

Usted debe recibir los servicios médicos, los servicios de salud conductual, los medicamentos y los servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) que sean necesarios para la atención de su salud como parte de plan de atención. **Si está teniendo un problema con su atención, puede llamar a My Ombudsman (Mi defensor) al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o Videollamada (VP) 339-224-6831).** En este capítulo se explican las opciones que usted tiene para diferentes problemas y quejas, pero también puede llamar a My Ombudsman (Mi defensor) para que lo ayuden con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y conocer maneras de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2**, Sección G, para obtener más información sobre My Ombudsman (Mi defensor).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	233
A1. Acerca de los términos legales	233
B. Dónde obtener ayuda	233
B1. Para obtener más información y ayuda	233
C. Explicación de las quejas y apelaciones relacionadas con Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan	235
D. Problemas relacionados con sus beneficios	236
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	236
E1. Decisiones de cobertura	236
E2. Apelaciones	237
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones	238
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo	239
F. Atención médica	240
F1. Cómo utilizar esta sección	240
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	241
F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	244
F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	249
F5. Problemas relacionados con los pagos	254
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	256
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	256
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	258
G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones	259

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	259
G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	263
G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	265
H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada	268
H1. Conozca sus derechos en virtud de Medicare	268
H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	269
H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	272
I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos	273
I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura	273
I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	274
I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	276
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	277
J1. Próximos pasos para artículos y servicios de Medicare	277
J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)	279
Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de la Audiencia imparcial le indicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.	279
K. Cómo presentar una queja	280
K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas	280
K2. Quejas internas	283
K3. Quejas externas	285

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo abordar problemas e inquietudes. El proceso a utilizar dependerá del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también denominadas reclamos).

Para garantizar imparcialidad y rapidez, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales para algunas normas y plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo tanto, cuando es posible, utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Evitamos al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo”, o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de revisión independiente” (Independent Review Organization, IRO) en lugar de “Entidad de revisión independiente” (Independent Review Entity, IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

Algunas veces, resulta confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1-866-610-2273 (TTY: 711) para que lo ayudemos a abordar un problema o responder preguntas.

Ayuda del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Puede llamar al Programa Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE). Los asesores de SHINE pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer con su problema. SHINE no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. SHINE cuenta con asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636 y su sitio web es <http://www.mass.gov/info-details/serving-the-health-insurance-needs-of-everyone-shine-program>. TTY (para las personas sordas, con problemas de audición o del habla): 1-800-439-2370 (Massachusetts solamente).

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de recibir ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Puede llamar directamente a Servicio al cliente de MassHealth (Medicaid) para obtener ayuda en relación con sus problemas. Llame al 1-800-841-2900. TTY (para las personas sordas, con problemas de audición o del habla): 711.

Ayuda de My Ombudsman (Mi defensor)

My Ombudsman (Mi defensor) es un programa independiente que puede ayudarle si usted tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede comunicarse con My Ombudsman (Mi defensor) para obtener información o ayudarlo a resolver cualquier asunto o problema con su plan One Care. Los servicios de My Ombudsman (Mi defensor) son gratuitos. También puede encontrar información sobre My Ombudsman (Mi defensor) en el **Capítulo 2**, Sección G. El personal de My Ombudsman (Mi defensor):

- Puede responder sus preguntas o remitirle al lugar correcto para que encuentre lo que necesita.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Puede ayudarlo a abordar un problema o una inquietud con One Care o con su plan de One Care, CCA One Care (HMO D-SNP). El personal de My Ombudsman (Mi defensor) escuchará el problema, lo investigará y analizará con usted las opciones para ayudar a resolverlo.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitarle a su plan One Care, a MassHealth (Medicaid) o a Medicare que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman (Mi defensor) puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelaciones.

Usted puede llamar, enviar un correo electrónico, escribir a My Ombudsman (Mi defensor), o visitar su oficina.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla deben usar MassRelay en el 711 para llamar al 1855-781-9898 o por Videoteléfono (VP) al 339-224-6831.
- Correo electrónico info@myombudsman.org
- Escriba a la oficina de My Ombudsman a 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111, o visítela.
 - Consulte el sitio web de My Ombudsman (Mi defensor) o comuníquese con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, las citas y el horario para acudir sin cita previa.
- Visite My Ombudsman (Mi defensor) en línea en www.myombudsman.org.

C. Explicación de las quejas y apelaciones relacionadas con Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan

Usted tiene Medicare y MassHealth (Medicaid). La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). A veces, se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

A veces, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



proceso para un beneficio de MassHealth (Medicaid). La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas relacionados con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas.

¿Su problema o su inquietud están relacionados con sus beneficios o su cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si la atención médica específica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección E, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

Los procesos de decisiones de cobertura y apelaciones lo ayudan a abordar los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a los artículos y servicios médicos, y a los medicamentos de la Parte B como **atención médica**. Use el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para abordar asuntos sobre si algo tiene cobertura y cómo está cubierto.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o con respecto al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que el servicio remitido nunca esté cubierto bajo ninguna circunstancia (consulte el **Capítulo 4, Sección H** de este *Manual para los miembros*).

Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitarnos una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o de si podríamos rehusarnos a brindarle la atención médica que usted considera que necesita. **Si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o un medicamento no está cubierto, o que ya no tiene cobertura de Medicare ni de MassHealth (Medicaid) para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos de los que tomaron una decisión desfavorable.

Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que explicaremos más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid) o con la Parte D de Medicare, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



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

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para los miembros** a los números que figuran al final de la página.
- Llame a su Coordinador de atención.
- Llame, envíe un correo electrónico o visite **My Ombudsman (Mi defensor)**.
 - Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9 a.m. a 4 p.m. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla deben usar MassRelay en el 711 para llamar al 1- 855-781-9898 o por Videoteléfono (VP) al 339-224-6831.
 - Correo electrónico info@myombudsman.org.
 - Visite My Ombudsman (Mi defensor) en línea en www.myombudsman.org.
 - Escriba a la oficina de My Ombudsman a 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111, o visítela.
 - Consulte el sitio web de My Ombudsman (Mi defensor) o comuníquese con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, concertar citas y averiguar el horario para acudir sin cita previa.
- **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)** para recibir ayuda gratuita. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE. SHINE es una organización independiente. No tiene ninguna relación con este plan. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para las personas sordas, con problemas de audición o del habla): 1-800-439-2370 (Massachusetts solamente).
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- **Un amigo o familiar.** Puede designar a otra persona para actuar en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.

Complete el formulario de Nombramiento de representante (Appointment of Representative) si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a alguien a actuar en su nombre.

Llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en CommonwealthCareAlliance.org/MA. **Usted debe darnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo

Existen cuatro situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Damos los detalles de cada una en una sección aparte de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos” (Esta sección se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Si no está seguro de qué sección consultar, llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a My Ombudsman (Mi defensor) al 1-855-781-9898 (o use MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o Videoteléfono (VP) al 339-224-6831), o envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.

F. Atención médica

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención.

Esta sección trata sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para los miembros* en la tabla de beneficios. En algunos casos, es posible que se apliquen diferentes normas a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando es así, explicamos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de Medicare de las normas para los artículos y servicios médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

Esta sección le explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No hemos aprobado la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que usted considera que cubrimos, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



4. Recibió y pagó atención médica que consideraba que cubríamos y quiere que se la reembolsemos.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que le otorguemos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura de cierta atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las otras situaciones que impliquen la reducción o interrupción de su cobertura de determinada atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- Por teléfono: 866-610-2273 TTY: 711
- Por fax: 857-453-4517
- Por escrito:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
PO Box 1307
Dayton, OH 45401-1307

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos los plazos “estándares”, a menos que aceptemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en los siguientes plazos:

- **siete días calendario** después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico que esté sujeto a las normas de autorización previa.**
- **14 días calendario** después de haber recibido su solicitud **por todos los demás servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

En el caso de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si destinamos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre la cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para una decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada**.

Cuando usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en los siguientes plazos:

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **para un servicio o artículo médico.**

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- **24 horas** después de que recibamos su solicitud **para un medicamento de la Parte B de Medicare**.

En el caso de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si determinamos que falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si destinamos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si usted considera que **no deberíamos** destinar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomar días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos por teléfono tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Usted solicita cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida por el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El hecho de usar los plazos estándares **podría afectarle de forma grave** o perjudicar su capacidad física.

Le comunicaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si usted presenta la solicitud sin el apoyo de su médico, decidiremos si recibirá una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que se lo explique y, en su lugar, usaremos los plazos estándar. La carta indicará lo siguiente:
 - Le concederemos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” con respecto a nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre la cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones.

- Si **rechazamos** su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si considera que nos hemos equivocado, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podríamos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimaré una solicitud incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- si usted solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada con un artículo o servicio rechazado, o para continuar con un artículo o servicio que ya está recibiendo, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros. Llámenos al 866-610-2273 (TTY: 711).

Además, si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a My Ombudsman (Mi defensor) al 1-855-781-9898 (o use MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o Videoteléfono (VP) al 339-224-6831). My Ombudsman (Mi defensor) no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 866-610-2273.

- Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicitan que se continúe con un servicio o artículo que usted ya está recibiendo durante

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



su apelación, es posible que usted deba designar a su médico o a otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en su nombre.

- Si otra persona que no sea su médico presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo a usted. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en CommonwealthCareAlliance.org/MA.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimaremos su solicitud, y
 - Le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de solicitarle a la Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO) que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se vence el plazo y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones incluyen, entre otros, que usted haya tenido una enfermedad grave o que le hayamos dado información errónea sobre el plazo. Explique el motivo del retraso de su apelación cuando la presente.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicítenos una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Si apela una decisión que tomamos sobre cobertura de atención, usted y/o su médico deberán decidir si usted necesita una apelación rápida.

Le concederemos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si presenta la solicitud sin el apoyo de su médico, decidiremos si le concederemos una apelación rápida.

- Si determinamos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que se lo explique y, en su lugar, usaremos los plazos estándar. La carta indicará lo siguiente:
 - Le concederemos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre la cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le indicamos que vamos a interrumpir o reducir los servicios o artículos que ya está recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar una medida.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal de nuestra carta o a más tardar en la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que ocurra último.
 - Si cumple este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son el tema de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, no seguirá recibiendo su servicio o artículo espera la decisión de su apelación.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere. Si rechazamos una apelación rápida, le daremos a usted, su médico, persona autorizada a dar recetas o representante una confirmación verbal de la denegación.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos dedicar tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas o a más tardar al final de los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le hablamos sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2 – Audiencia imparcial ante el estado tan pronto como se cumpla el plazo.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación para la cobertura de los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de que recibamos su apelación o antes si su salud así lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos dedicar tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si considera que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta a más tardar cuando se cumpla el plazo o a más tardar al final de los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Más adelante en este capítulo, en la **Sección F4**, le hablamos sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2 – Audiencia imparcial ante el estado tan pronto como se cumpla el plazo.

Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 30 días calendario, o **en un plazo de siete**

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



días calendario si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos adicionales de apelación**:

- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esa carta le informará si Medicare, MassHealth (Medicaid) o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre, enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se haya completado la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) suele cubrir, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le indicará cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **tanto Medicare como MassHealth (Medicaid)** posiblemente cubran, usted accede automáticamente a una apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente (IRO). También puede solicitar una Audiencia imparcial ante el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, el artículo o el medicamento objeto de la apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que, por lo general, está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 ante la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que generalmente está cubierto solo por MassHealth (Medicaid), sus beneficios para ese servicio continuarán si usted presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los diez días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal para la Organización de revisión independiente (IRO) es **Entidad de revisión independiente**, a veces se la denomina **IRE**.

- Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió la compañía que actúa como IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “archivo de caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su archivo de caso.
- Usted tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Organización de revisión independiente (IRO) para sustentar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, se le concederá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibida su apelación.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede dedicar tiempo adicional para tomar una decisión si usted está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si presentó ante nosotros una apelación estándar en el Nivel 1, se le concederá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación.
- Si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de siete días calendario** después de recibida su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede dedicar tiempo adicional para tomar una decisión si usted está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le comunicará su respuesta por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico, debemos:**
 - Autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas, o**
 - Prestar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la IRO en el caso de las **solicitudes estándar, o**
 - Prestar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO en el caso de las **solicitudes aceleradas**.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la IRO en el caso de las **solicitudes estándar**, o
 - **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO en el caso de las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura para atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2; el total es de cinco niveles.
 - Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si avanza al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se incluyen en el aviso por escrito que usted recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - Un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador se encarga de una apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) suele cubrir, o que está cubierto tanto por Medicare como por MassHealth (Medicaid)

Una apelación de Nivel 2 por servicios que MassHealth (Medicaid) suele cubrir es una Audiencia imparcial ante el estado. En MassHealth (Medicaid), una Audiencia imparcial permite que un consumidor que no está satisfecho con ciertas acciones o inacciones por parte del Departamento o de un proveedor con un contrato con el Departamento presente su posición en una audiencia informal y reciba una decisión justa y equitativa de un oficial de una audiencia imparcial basada en los hechos y en las políticas, los reglamentos, los estatutos y/o la jurisprudencia aplicables del Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF). Debe solicitar una Audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviemos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde debe presentar su solicitud de Audiencia imparcial.

Para obtener el “Formulario de solicitud de audiencia imparcial” o para obtener más información sobre sus derechos de apelación, puede comunicarse con la Junta de Audiencias (Board of Hearings) al 617-847-1200 o 1-800-655-0338. El formulario también está disponible en: [www.mass.gov/how-to/how-to-appeal-a-MassHealth \(Medicaid\)-decision](http://www.mass.gov/how-to/how-to-appeal-a-MassHealth-Medicaid-decision) . Las solicitudes de audiencia deben enviarse por correo o fax a: Executive Office of Health and Human Services Board of Hearings Office of Medicaid 100 Hancock Street, 6th floor Quincy, MA 02171 Fax: 1-617-847-1204 Le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a la Junta de Audiencias (Board of Hearings). A esta información se la denomina su “archivo de caso”. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso. Las copias se brindan de forma gratuita. Usted tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Junta de Audiencias para sustentar su apelación. En la audiencia, usted puede presentarse personalmente o hacer que un representante autorizado actúe en su nombre, o bien ser representado por un abogado u otro representante, cuyos gastos correrán por su cuenta. Puede comunicarse con un servicio legal local o una agencia comunitaria para obtener asesoramiento o representación sin costo alguno.

La oficina de la Audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la oficina de la Audiencia imparcial **aprueba** una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su decisión.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Si la oficina de la Audiencia imparcial **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO o la oficina de la Audiencia imparcial **rechaza** la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derechos adicionales de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 se presentó ante la **IRO**, puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza cierto monto mínimo. Un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador se encarga de una apelación de Nivel 3. **La carta que reciba de la IRO le explicará los derechos adicionales de apelación que usted podría tener.**

La carta que reciba de la oficina de la Audiencia imparcial describe esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas relacionados con los pagos

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior al que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Si efectivamente paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si cumplió las normas para obtener los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para los miembros*. Allí se describen situaciones en las que usted podría tener que solicitar un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Si pide un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Comprobaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si usted cumplió con todas las normas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo generalmente

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



en un plazo de 30 días calendario, pero como máximo 60 días calendario después de recibida su solicitud.

- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, será lo mismo que si **aceptáramos** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no ha seguido todas las normas, le enviaremos una carta comunicándole que no pagaremos el servicio o artículo y explicándole por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le otorguemos un reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su apelación.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** suele cubrir el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos adicionales de apelación que pudiera tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y MassHealth (Medicaid) suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que MassHealth (Medicaid) podría cubrir. **Esta sección se aplica solo a las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección, diremos “medicamento” en lugar de repetir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez.

Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, incluso que:
 - cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no figura en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o
 - dejemos de lado una restricción en nuestra cobertura de un medicamento (como límites en la cantidad que usted puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando está incluido en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entrega un aviso por escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama “**determinación de cobertura**”.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Usted nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. La siguiente tabla le puede ayudar.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que dejemos de lado una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y considera que cumple las normas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quiere pedirnos que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya ha obtenido y pagado.	Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Puede solicitarnos que le otorguemos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto significa que usted nos pide que reconsideremos).
Empiece con la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G5 .

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la forma que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted solicita una excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se haga la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos* o la eliminación de una restricción sobre un medicamento se denomina solicitar una “**excepción al Formulario**”.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

- Podemos acordar hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*.

2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto

- Se aplican normas o restricciones adicionales a determinados medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros* para obtener más información).
- Entre las normas y restricciones adicionales aplicables a determinados medicamentos figuran las siguientes:
 - Exigencia de utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Aprobación por adelantado de nuestra parte antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto suele denominarse “autorización previa” (Prior Authorization, PA).
 - Exigencia de probar primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Límites de cantidad. Para ciertos medicamentos, hay restricciones de cantidad del medicamento que usted puede obtener.

G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos las razones médicas.

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápidamente, incluya esta información médica de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas cuando solicite la excepción.

Generalmente, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. A estos se los denomina medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, la excepción suele durar hasta el final del año calendario. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento, y mientras ese medicamento siga siendo inocuo y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Para solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea, llame al 866-610-2273 (TTY: 711), escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto y la información de la reclamación.
- Usted o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



cobertura. Usted también puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.

- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.
- No necesita otorgar un permiso por escrito a su médico ni a otra persona autorizada a dar recetas para que soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para los miembros*.
- Si solicita una excepción, proporciónenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye los motivos médicos por los cuales su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicitan la excepción.
- Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo. También pueden llamarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- La solicita por un medicamento que no recibió. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Su salud o capacidad física podrían resultar seriamente afectadas si usáramos plazos estándar.

Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, lo aceptaremos y se la otorgaremos. Le enviaremos una carta en la que se le informe al respecto.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si podrá obtener una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviaremos una carta en la que se le informe al respecto. La carta también le explicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones. Además, la carta explicará cómo presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no ha recibido

- En el caso de los plazos estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO).
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para obtener una excepción.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones. Además, la carta explicará cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO).
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el costo en un plazo de 14 días calendario.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones. Además, la carta explicará cómo presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D de Medicare se denomina “**redeterminación**”.

- Inicie su **apelación estándar** o **apelación rápida** llamando al 866-610-2273 (TTY: 711), escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto y la información relacionada con su apelación.
- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se vence el plazo y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones incluyen, entre otros, que usted haya tenido una enfermedad grave o que le hayamos dado información errónea sobre el plazo. Explique el motivo del retraso de su apelación cuando la presente.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicítenos una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si usted apela una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas decidirán si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para solicitar una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Verificamos si cumplimos las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su apelación.
 - Le daremos una respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisará una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se le expliquen las razones y se le indique cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Cuando utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no obtuvo el medicamento y su afección así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de siete días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisará una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar dentro de los siete días calendario** posteriores a la fecha en que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta en la que se le expliquen las razones y se le indique cómo presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisará una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se le expliquen las razones y se le indique cómo presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, usted puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilizará el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” (IRO) es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces se la denomina “**IRE**”.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, o su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe comunicarse con la IRO **por escrito** y pedir una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la IRO, enviamos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Organización de revisión independiente (IRO) para sustentar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 sobre la Parte D de Medicare y le comunica una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si le aceptan una apelación rápida, deben comunicarle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura para medicamentos aprobada **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si se le concedió una apelación estándar de Nivel 2, la Organización de revisión independiente (IRO) debe darle una respuesta:

- **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Si la IRO **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos brindar la cobertura para medicamentos aprobada **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que usted compró en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2, usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita es inferior al mínimo requerido, usted no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión sobre la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le enviará una carta en la que le indicará el valor en dólares mínimo necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted:
 - Decide si desea presentar una apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que le envió la IRO después de su apelación de Nivel 2 para obtener información detallada sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando se lo ingresa en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para los miembros*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podría necesitar cuando deje el hospital.

- El día que deja el hospital es la “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha del alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o tiene inquietudes acerca de su atención después de dejar el hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

H1. Conozca sus derechos en virtud de Medicare

Dentro de los dos días siguientes a su admisión en el hospital, alguien del hospital, como un enfermero o un trabajador social, le entregará un aviso por escrito denominado “An Important Message from Medicare about Your Rights” (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando ingresan en un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítéselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** atentamente y consulte cualquier duda que tenga. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
 - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Participar en cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si cree que le están dando de alta demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. La firma **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Conserve una copia** del aviso firmado para disponer de la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Para consultar una copia del aviso con anticipación:

- Llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para averiguar si la fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que el gobierno federal les paga. Estos expertos verifican la calidad de la atención y ayudan a mejorarla para las personas que tienen Medicare. Ellos no forman parte de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



En Massachusetts, la QIO es Acentra Health. Llámelos al 1-888-319-8452. La información de contacto también se encuentra en el aviso “An Important Message from Medicare About Your Rights” (Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos) y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de irse del hospital y como máximo en la fecha prevista del alta.

- **Si llama antes de irse**, puede quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame a SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) .

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha prevista del alta. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y que nuestro plan les proporcionaron.
- A más tardar al mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta con su fecha prevista del alta. En la carta también se explicarán las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha del alta médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso detallado del alta**”. Usted puede obtener un aviso de muestra llamando a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

En el plazo de un día completo tras obtener toda la información que necesita, la QIO le da una respuesta a su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Consideran que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la QIO le dé una respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la QIO le dé una respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) que revise de nuevo la decisión que tomaron respecto de su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452.

Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención médica.

Los revisores de la QIO:

- Harán otra revisión detenida de toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión que tomen sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Le proporcionarán una carta en la que se le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección aborda solo los tres tipos de servicios que usted puede obtener:

- servicios de atención médica a domicilio
- servicios de atención de enfermería especializada en un centro de atención de enfermería especializada, y
- atención de rehabilitación en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos siempre y cuando el médico indique que usted los necesita.

Si decidimos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos comunicárselo **antes** de que finalicen. Cuando finalice la cobertura de ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si cree que daremos por terminada la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare” (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC). El aviso le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **solo** demuestra que ha recibido la información. Firmarlo **no** significa que usted esté de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si cree que daremos por terminada la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica el proceso de apelación de Nivel 1 y lo que debe hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si cree que no cumplimos los plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página.
 - Llame a SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)
- **Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).**
 - Consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para los miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ella.
 - Solicite que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación rápida”.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el “Aviso de no cobertura de Medicare” (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC) que le enviamos.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare**” (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC). Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para los miembros a los números que figuran al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan les ha dado.
- Nuestro plan también le envía a usted un aviso por escrito en el que se explican nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso a más tardar al final del día en que los revisores nos informan de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Los revisores le informan su decisión en el transcurso de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) que revise de nuevo la decisión que tomaron respecto de su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452.

Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la QIO **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si siguió recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Los revisores de la QIO:

- Harán otra revisión detenida de toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión que tomen sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Le brindaremos cobertura para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le proporcionarán una carta en la que se le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para artículos y servicios de Medicare

Si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted podría tener derecho a acceder a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del artículo o servicio de Medicare por el que apeló no cumple con un determinado monto mínimo en dólares, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente elevado, puede continuar con el proceso de apelaciones. La carta que usted reciba de la Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO) relacionada con su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el mediador **acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del ALJ o del mediador.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Si el ALJ o el mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones podría no haber terminado.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión sobre una apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.

Si el Consejo da una respuesta **negativa** o rechaza nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones podría no haber terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación y toda la información, y decidirá si **aceptar** o **rechazar** su solicitud. Esta decisión es definitiva. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Primera Instancia.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de la Audiencia imparcial le indicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un determinado monto en dólares, usted podría continuar con niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el mediador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones habrá terminado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que se aprobó en un plazo de 72 horas (o 24 horas para apelaciones aceleradas), o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el ALJ o el mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones podría no haber terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



El Consejo revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones habrá terminado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que se aprobó en un plazo de 72 horas (o 24 horas para apelaciones aceleradas), o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación o si el Consejo da una respuesta negativa a la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones podría no haber terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación y toda la información, y decidirá si **aceptar** o **rechazar** su solicitud. Esta decisión es definitiva. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Primera Instancia.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, como los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Usted cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• Un proveedor de atención médica o un miembro del personal ha sido descortés con usted o le ha faltado al respeto. • Un miembro de nuestro personal lo ha tratado mal. • Usted cree que lo están alentando a dejar nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia con el idioma	• Usted no puede tener acceso de manera física a servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que usted habla (como la lengua de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• Usted tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla. • Usted tiene que esperar demasiado para que lo atiendan médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el personal de Servicio para los miembros u otros miembros del personal del plan.
Limpieza	• Usted no está satisfecho con la limpieza de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico.
Información que obtiene de nosotros	• Usted cree que no le enviamos un aviso o una carta que usted debería haber recibido. • Usted cree que nuestra información por escrito es muy difícil de entender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o las apelaciones	• Usted cree que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación favorable, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o para reembolsarle ciertos servicios médicos. • Usted cree que no enviamos su caso a la Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO) a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Usted puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y la revisa nuestro plan. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta organización la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



y/o una queja externa, puede llamar a **My Ombudsman (Mi defensor) al 1-855-781-9898 (o use MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o Videoteléfono (VP) al 339-224-6831).**

El término legal para una “queja” es **“reclamo”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“interponer un reclamo”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711). Usted puede presentar una queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema por el que desea quejarse.

- Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- También puede enviarnos su queja por escrito. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Esta es la manera en que funciona:**
 - Servicios para los miembros registrará la queja en la base de datos de los 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, Servicios para los miembros intentará resolver la queja por teléfono.
 - Usted o un representante autorizado puede participar en la conversación y ofrecer sugerencias o ideas para resolver el problema o la cuestión.
 - Si la queja no puede resolverse por teléfono, se implementará un proceso más formal. Las respuestas a una queja se basarán en lo que sea más conveniente para el miembro de acuerdo con la política y el procedimiento del plan.
 - La investigación se completará lo más rápidamente posible. La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si necesitamos más tiempo, lo llamaremos y le enviaremos una notificación por escrito.

- Usted o su representante autorizado recibirán una llamada telefónica (o una carta si la solicita) de nuestro plan con una respuesta a la queja.
- Si está preocupado por la calidad de la atención que recibe, incluida la atención durante una hospitalización, puede presentar una queja al plan, y el Departamento para la mejora de la calidad del plan la investigará. También puede presentar una queja ante 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 folleto.

El término legal para una “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También proporcionaremos una actualización de estado y una fecha aproximada en la que recibirá la respuesta.
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y brindaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque tardamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o responder una apelación, le concederemos automáticamente una “queja rápida” y brindaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su queja, se lo comunicaremos y le informaremos nuestros motivos. Respondemos independientemente de si aceptamos la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Usted puede informarle a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No necesita presentar una queja ante CCA One Care (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas con seriedad y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) si considera que no ha sido tratado con imparcialidad. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso para personas con discapacidades o asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina de OCR local 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

Customer Response Center (Centro de respuesta al cliente): 800-368-1019; TDD: 800-537-7697
Fax: 202-619-3818
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA). Para recibir asistencia, puede comunicarse con My Ombudsman (Mi defensor) llamando al 1-855-781-9898 (o use

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



MassRelay en el 711 para llamar al 1-855-781-9898 o Videoteléfono (VP) al 339-224-6831) o envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para los miembros*.

En Massachusetts, la QIO se denomina Acentra. El número de teléfono de Acentra es 1-888-319-8452.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Capítulo 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá perteneciendo a los programas de Medicare y MassHealth (Medicaid) mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de este *Manual para los miembros*.

Índice

A.Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan	288
B.Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	289
C.Cómo obtener los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado....	290
C1. Sus servicios de Medicare	290
C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid).....	294
D.Sus artículos y servicios médicos, y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	295
E.Otras situaciones en las que su membresía en nuestro plan se cancela	295
F.Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.....	297
G.Derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	297
H.Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan .	298

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

Dado que usted tiene Medicare y Medicaid (MassHealth), puede dejar nuestro plan inscribiéndose en otro plan que cubre todos sus beneficios, denominado Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Puede inscribirse en otro D-SNP en cualquier momento durante el año.

Cuando usted se inscriba en otro D-SNP, su membresía en nuestro plan finalizará automáticamente. No necesita llamar para cancelar su inscripción.

Si desea cambiarse a un tipo de cobertura diferente, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los momentos del año que se indican a continuación:

- El **Período de inscripción abierta**, que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo, y también para nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, a partir del mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3^{er} mes en que tienen derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del siguiente mes.

Puede haber otras situaciones en las que usted sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) o Ayuda adicional cambió, o
- si recientemente ingresó a, actualmente está recibiendo atención en, o acaba de salir de un centro de atención de enfermería o en un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía se cancelará el último día del mes en que recibamos su solicitud para dejar nuestro plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura en nuestro plan termina el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- servicios de MassHealth (Medicaid) en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su membresía llamando a:

- ❖ Servicios para los miembros al número que figura al final de esta página. El número para usuarios de TTY también figura en la lista.
- ❖ Llame a Servicio al cliente de MassHealth (Medicaid) 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 discapacidades del habla) pueden llamar al 711.
- ❖ Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- ❖ El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla) pueden llamar al 1-800-439-2370.

NOTA: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP), quizás no pueda cambiarse de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede hacerlo inscribiéndose en otro D-SNP o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos de Medicare, deberá solicitar la cancelación de su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- ❖ Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para los miembros al número que figura al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- ❖ Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Si desea más información sobre

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



cómo obtener los servicios de Medicare cuando deje nuestro plan, consulte la tabla en la página 236.

- ❖ La **Sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también cancelará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado

Si decide dejar nuestro plan, tiene opciones para recibir los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid).

C1. Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que figura a continuación durante ciertos momentos del año, entre ellos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



1. Puede cambiarse a: Otro plan que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de MassHealth (Medicaid) en un solo plan, también denominado Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado o un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo D-SNP integrado. Para consultas sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-800-841-2900. 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 pueden llamar al 1-800-439-2370. O BIEN Comuníquese directamente con un nuevo D-SNP integrado para inscribirse en su plan. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
--	---

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



2. Puede cambiarse a: Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare. 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. Para obtener más información o buscar una oficina local de SHINE en su área, visite ShineMA.org. O BIEN Comuníquese con un nuevo plan de medicamentos de Medicare para inscribirse directamente en su plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.
--	---

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



3. Puede cambiarse a: Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare si tiene un motivo válido para cancelar la inscripción. NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea unirse. Usted solo debe cancelar su cobertura para medicamentos si tiene una cobertura para medicamentos de otra fuente, por ejemplo, un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita, o no, cobertura para medicamentos, llame al programa SHINE al 1-800-243-4636, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Para obtener más información o buscar una oficina local de SHINE en su área, visite ShineMA.org.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare. 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. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.
--	--

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



4. Puede cambiarse a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, incluidos el Período de inscripción abierta y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage o en otras situaciones descritas en la Sección A.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo plan de Medicare. Para consultar sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-800-841-2900. 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. O BIEN Comuníquese directamente con un nuevo D-SNP integrado para inscribirse en su plan. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
--	--

C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid)

Es posible que algunas personas que deciden no unirse a un plan One Care puedan unirse a un tipo diferente de plan para obtener sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) juntos.

- Si usted tiene 55 años o más, puede ser elegible para inscribirse en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) (se aplican criterios adicionales). PACE

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



ayuda a los adultos mayores a permanecer en la comunidad en lugar de recibir atención en un centro de atención de enfermería.

- Si usted tiene 65 años o más cuando deja CCA One Care, es posible que pueda unirse a un plan Senior Care Options (SCO).

Para obtener información sobre los planes PACE y si puede unirse a uno, 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. Continúe recibiendo sus servicios y medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

D. Sus artículos y servicios médicos, y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y la atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use los proveedores de nuestra red para obtener 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 finaliza su membresía en CCA One Care (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta. Esto ocurrirá aunque su nueva cobertura médica comience antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que su membresía en nuestro plan se cancela

Estos son casos en los que debemos cancelar 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 califica para MassHealth (Medicaid) y su período de consideración de la elegibilidad (deeming period) ha finalizado. Nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid).

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Si se une a un programa de exención de los Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) de MassHealth (Medicaid).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda a un centro de atención intermedia operado por el Departamento de Servicios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Department of Developmental Services, DDS) de Massachusetts.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si es encarcelado o va a prisión por un delito penal.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga para medicamentos.
- Si tiene o contrata otro seguro integral para medicamentos o atención médica.
- Si usted no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
 - Debe ser ciudadano estadounidense o nacional, o un no ciudadano elegible para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Deberemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para MassHealth (Medicaid), pero se puede esperar que la vuelva a obtener en un plazo de un mes, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por CCA One Care. Cuando finalice su cobertura de MassHealth (Medicaid), no pagaremos sus beneficios de MassHealth (Medicaid).

Lo ayudaremos a recuperar su elegibilidad para MassHealth (Medicaid). Si su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) se restablece mientras usted todavía está inscrito con nosotros para recibir su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



sus beneficios de MassHealth (Medicaid), y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar MassHealth (Medicaid) en un plazo de un mes, cancelaremos su inscripción en CCA One Care. Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de que cancelemos su inscripción, usted deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Podemos hacerle dejar nuestro plan por las siguientes razones solo si recibimos permiso de Medicare y MassHealth (Medicaid) primero:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso).

F. Normas en contra de pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare** al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre la cancelación de su membresía, puede llamar a Servicios para los miembros al número que figura al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales correspondientes a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen ordenados alfabéticamente en el último capítulo de este *Manual para los miembros*.

Índice

A.Aviso sobre las leyes.....	300
B.Aviso sobre no discriminación	300
C.Notificación sobre Medicare como pagador secundario y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso	303
D.Aviso sobre prácticas de privacidad	303

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para los miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este *Manual para los miembros*. Las leyes principales que se aplican son las leyes federales sobre los programas de Medicare y MassHealth (Medicaid). Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

No discriminamos ni lo tratamos de forma diferente por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, salud conductual o discapacidad física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Además, no discriminamos a los miembros ni los tratamos de manera diferente debido a apelaciones, comportamiento, identidad de género, capacidad conductual, recepción de atención médica, uso de servicios, afección, estado de salud, recepción de servicios de salud, estado civil, credo, asistencia pública o lugar de residencia.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial:

- ❖ Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, (Department of Health and Human Services, HHS) al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- ❖ Llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.
- ❖ Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para los miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- ❖ Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Commonwealth Care Alliance, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, discapacidad (incluida la discapacidad conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como por ejemplo:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para los miembros

Si considera que Commonwealth Care Alliance, Inc. no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, discapacidad (incluida la discapacidad conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar un reclamo ante:

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Commonwealth Care Alliance, Inc. Civil Rights Coordinator
P.O. Box 1947
Dayton, Ohio 45401
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@CareSource.com
Teléfono: 1-844-539-1732 Fax: 1-844-417-6254

Puede presentar un reclamo en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de Derechos Civiles puede ayudarlo.

También puede presentar una queja por cuestiones de Derechos Civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), por vía electrónica en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), el cual está disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en 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 alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad al 617-963-2917. Los usuarios de TTY deben llamar al 617-727-4765. También

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



puede visitar: <https://www.mass.gov/how-to/file-a-civil-rights-complaint> para obtener más información.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

C. Notificación sobre Medicare como pagador secundario y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso

A veces, alguien más debe pagar primero los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare respecto de los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relativas a la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica prestados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para asegurarnos de que MassHealth (Medicaid) sea el pagador de último recurso.

D. Aviso sobre prácticas de privacidad

Este Aviso describe cómo su información de salud puede ser utilizada y compartida, y cómo usted puede obtener acceso a dicha información. Revise atentamente este Aviso sobre prácticas de privacidad. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 866-610-2273 (TTY: 711).

El Aviso sobre 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 otros. El Aviso está disponible en todo momento en el sitio web de CCA One Care y en el Capítulo 8, Sección C2 de este manual, a pedido.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en este *Manual para los miembros*, junto con sus definiciones. Los términos aparecen ordenados alfabéticamente. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para los miembros.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL): Las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Apelación: Una forma de cuestionar una medida tomada por nosotros si usted cree que hemos cometido un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención de urgencia: Atención que se recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede acudir con ellos porque, dadas sus circunstancias de tiempo, lugar o situación, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista pero que no es una emergencia médica).

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de MassHealth (Medicaid) que no aprobaremos o si no continuaremos pagando por un servicio de MassHealth (Medicaid) que ya tiene, usted puede solicitar una Audiencia estatal. Si la Audiencia estatal se resuelve a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (Prior Authorization, PA): Una aprobación que usted debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico o de usar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si usted no obtiene primero la aprobación.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una autorización previa de nosotros.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual para los miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las normas están publicadas en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica a domicilio: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta certificado, como ayudar con la atención personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios recetados). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Ayuda adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, LIS), o “LIS”.

Biosimilar: Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales sobre el potencial de una sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelación de la inscripción: El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de su membresía puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Capacitación sobre competencia cultural: Capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): Un centro de atención de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios relacionados con la salud.

Centro de cuidados o de atención de enfermería: Un lugar que proporciona atención a personas que no pueden recibirla en su casa, pero que no necesitan estar en el hospital.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece diversos servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que ofrece servicios de cirugía para pacientes externos a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 de este *Manual para los miembros* explica cómo comunicarse con los CMS.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Coordinador de atención: Una persona que es la responsable principal de trabajar con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Decisión de cobertura: Una decisión que tomamos con respecto a los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Defensor (Ombudsman): Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios de defensor son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para los miembros*.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores decide si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de este *Manual para los miembros* explica las decisiones de cobertura.

Dispositivos protésicos y ortésicos: Dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si está embarazada, la pérdida del hijo por nacer). Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo de atención médica: Un equipo formado por usted, su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), un médico clínico conductual (si está indicado), un coordinador de atención, otros profesionales de la salud, y apoyos informales que incluyen a sus familiares, amigos, etc. para apoyar su atención. Este equipo trabaja en conjunto para coordinar su atención y ayudarlo a lograr sus objetivos.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): Ciertos artículos que su médico indica para su uso en su propio hogar. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que presta atención médica con relación a una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA): Una revisión de su historial médico y estado de salud actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información – Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan. Este documento también se denomina Manual para los miembros.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para utilizar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación inadecuada/inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más de nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicios para los miembros si recibe alguna factura que no entienda. Como pagamos la totalidad de los costos de sus servicios, usted **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia que aceptó surtir las recetas de los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, solo cubrimos sus recetas cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad terminal a vivir cómodamente. Un diagnóstico de enfermedad terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de seis meses o menos.

- Las personas inscritas con un diagnóstico de enfermedad terminal tienen derecho a elegir el hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención para la persona en su totalidad, incluso las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Información de salud personal (también denominada Información de salud protegida) (Personal Health Information, PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas médicas e historial médico. Consulte nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices) para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ): Un juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad que puede obtener de un medicamento. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos con receta y de venta libre (Over-the-Counter, OTC) que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si hay alguna norma que necesita seguir para recibir sus medicamentos. La *Lista de medicamentos* a veces se denomina “Formulario”.

Manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a las personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un Programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM usualmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para la revisión de los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para los miembros* para obtener más información.

MassHealth (Medicaid): El programa de Medicaid de Commonwealth of Massachusetts. MassHealth (Medicaid) es administrado por el estado y financiado por el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los gastos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



- Los programas de MassHealth (Medicaid) varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid).

Medicaid: Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos de atención a largo plazo y los costos médicos.

Médicamente necesario: Describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted ingrese en un hospital o en un centro de atención de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados. Además, un servicio se considera médicamente necesario si puede ayudarlo a mejorar, mantenerse igual o mejorar su salud o capacidad física/desempeño en su vida diaria, o a prevenir que su salud o su capacidad física empeoren si la atención se demora, se reduce o no se proporciona.

Servicios que son razonables y necesarios:

- Para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
- Para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado; **o**
- Sean médicamente necesarios de otro modo conforme a la ley de Medicare.

De acuerdo con la regulación y la ley de MassHealth (Medicaid), y conforme a MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios si:

- Podrían estimarse razonablemente para prevenir, diagnosticar, aliviar, corregir, curar o evitar el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro su vida, le generan sufrimiento o dolor, causan deformidad o mal funcionamiento físico, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultan en una enfermedad o dolencia; **y**
- No hay ningún otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione igualmente bien y que sea adecuado para usted que sea menos costoso.

La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente, y los servicios médicamente

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha calidad y necesidad médica.

Medicamento de marca: Un medicamento fabricado y vendido por la compañía que originalmente fabricó dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que sus versiones genéricas. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para su uso en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general es menos costoso y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta y de venta libre (Over-the-Counter, OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. MassHealth (Medicaid) puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC): Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la atención médica.

Medicare: El programa federal de seguros médicos destinado a las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención administrado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y MassHealth (Medicaid) que califica para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y el estado.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*. Medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (Over-the-Counter, OTC) son ejemplos de los niveles de medicamentos.

Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de Nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es la **Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE)**.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. El gobierno federal paga a las QIO para evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para los miembros* para obtener información sobre las QIO.

Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare): El gobierno ofrece Original Medicare. En Original Medicare, los servicios se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes en los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente internado: Término que se utiliza cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es ingresado formalmente, aún así se lo podría considerar paciente externo y no como un paciente internado, incluso si pasa una noche hospitalizado.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de atención de enfermería especializada, atención médica a domicilio y atención en un hospicio.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas médicas) 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.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguro médico proporcionar los beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Para abreviar, denominamos a este programa “Parte D”. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes externos, vacunas y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare ni por MassHealth (Medicaid). Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Período de consideración de la elegibilidad (deeming period): una extensión temporal de la elegibilidad para ciertos beneficios de Medicare cuando usted experimenta una interrupción en su elegibilidad para MassHealth (Medicaid), pero espera recuperar la elegibilidad dentro de un mes. Esto le permite mantener su cobertura de Medicare mientras trabaja para restablecer sus beneficios de MassHealth (Medicaid).

Persona inscrita en Medicare-MassHealth (Medicaid): Persona que califica para la cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). También se denomina “persona con doble elegibilidad” a la persona inscrita en Medicare-MassHealth (Medicaid).

Plan de atención: Un plan personalizado desarrollado por usted y su equipo de atención médica. Enumera sus necesidades, objetivos y los servicios y apoyos que usted recibirá. Puede revisar y actualizar su plan de atención en cualquier momento.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid). Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado: Un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de MassHealth (Medicaid) en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas que son elegibles para Medicare y MassHealth (Medicaid). Estas personas también se denominan personas elegibles para el beneficio total de manera dual.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionar la atención que usted necesita.

Producto biológico: Un medicamento elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y que sirve de comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia.

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): Un programa que ayuda a que las personas elegibles que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas.

Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE): Programa que cubre conjuntamente los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en su hogar.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP):

Un programa estructurado de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): El médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse sano.

- El proveedor de atención primaria también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirle a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para los miembros* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, personal de enfermería y otras personas que le prestan servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipo médico y servicios de apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros un monto adicional.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no está empleado, no es propiedad ni es operado por nuestro plan, y no tiene un contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de este *Manual para los miembros* explica los proveedores o centros fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Queja: Una declaración escrita u oral en donde usted dice que tiene un problema o una inquietud relacionada con la atención o los servicios cubiertos. Incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.

Real Time Benefit Tool (Herramienta de beneficios en tiempo real): Portal o aplicación informática en la que las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para el afiliado sobre los beneficios y medicamentos cubiertos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos que pueden utilizarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Reclamo: Una queja que usted presenta sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Remisión: Una remisión es la aprobación otorgada por su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para utilizar un proveedor que no sea su PCP. Podríamos no cubrir los servicios si primero no obtiene una aprobación. No necesita una remisión para utilizar determinados especialistas, como especialistas en la salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para los miembros*.

Salud conductual: Un término que engloba la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos de atención a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y de venta libre, equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare 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.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para los miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación brindados todos los días, de manera continua, en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención en estos centros incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Servicios excluidos: Servicios no cubiertos por este plan de salud.

Servicios para los miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para los miembros* para obtener más información sobre Servicios para los miembros.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas antigripales y mamografías de diagnóstico).

Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS): Los servicios y apoyos de atención a largo plazo ayudan a mejorar una afección a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de atención de enfermería o a un hospital. Los LTSS incluyen servicios basados en la comunidad y centros de atención de enfermería (Nursing Facilities, NF).

Subsidio por bajos ingresos (Low-income subsidy, LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: Norma de cobertura que requiere que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Servicios para los miembros de CCA One Care (HMO D-SNP)

LLAME AL	1-866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas.
TTY	711 (MassRelay) Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana.
FAX	617-426-1311
ESCRIBA A	Commonwealth Care Alliance, Inc. Attn: Member Services Department PO Box 8738 Dayton, OH 45401-8738
SITIO WEB	CommonwealthCareAlliance.org/MA

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.



Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que esta incluya un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Si tiene preguntas, llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 1-866-610-2273 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo en el mismo horario, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite CommonwealthCareAlliance.org/MA.





H1486_MA-SNP-M-5150495a_C-SPA