

Evidencia de cobertura de los planes WellSense Clarity Employer Choice Direct

Para grupos pequeños inscritos mediante WellSense Platinum, Gold, Silver, Bronze



Este *plan* de salud cumple con los estándares de Cobertura mínima acreditable y cumplirá el requerimiento individual de que usted tenga seguro médico. Consulte la página 3 para obtener más información.

WellSense Health Plan

529 Main Street Suite 500 Charlestown, MA 02129

Fecha de emisión y fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2024

N.º de formulario WS-EmpChoiceDirect2024ver.4

Important! This is about your WellSense Health Plan benefits. We can translate it for you free of charge. Please call **1-855-833-8120 (TTY: 711)** for translation help.

¡Importante! Esta información es sobre sus beneficios de WellSense Health Plan. Podemos traducirlo para usted de forma gratuita. Llame al **1-855-833-8120 (TTY: 711)** para obtener ayuda de traducción. (ESA)

Importante! Esta comunicação é sobre os benefícios da WellSense Health Plan. Podemos traduzir para você gratuitamente. Ligue para **1-855-833-8120 (TTY: 711)** para obter ajuda com a tradução. (PTB)

重要提示！此信息与您的 WellSense Health Plan 福利有关，我们可免费提供翻译。如需获得翻译服务，请拨打 **1-855-833-8120 (TTY: 711)**。(CHS)

Enpotan! Sa a se sou avantaj WellSense Health Plan ou an. Nou ka tradui li pou ou gratis. Tanpri relel **1-855-833-8120 (TTY: 711)** pou jwenn èd ak tradiksyon. (HRV)

Quan trọng! Đây là thông tin về quyền lợi trong WellSense Health Plan của quý vị. Chúng tôi có thể dịch thông tin này miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **1-855-833-8120 (TTY: 711)** để được trợ giúp dịch thuật. (VIT)

Важно! Здесь содержится информация о преимуществах вашего медицинского страхового плана WellSense Health Plan. Мы можем перевести для вас этот документ бесплатно. За помощью в переводе позвоните по телефону **1-855-833-8120 (TTY: 711)**. (RUS)

Σημαντικό! Πρόκειται για τις παροχές του WellSense Health Plan. Μπορούμε να σας το μεταφράσουμε δωρεάν. Καλέστε στο **1-855-833-8120 (TTY: 711)** για βοήθεια σχετικά με τη μετάφραση. (ELG)

هام! هذا حول مزايا WellSense Health Plan الخاصة بك. يمكننا ترجمتها لك مجاناً. يرجى الاتصال
(ARA) للمساعدة في الترجمة. **(TTY: 711) 1-855-833-8120**

महत्वपूर्ण! यह आपके WellSense Health Plan लाभों के बारे में है। हम आपके लिए इसका निःशुल्क अनुवाद कर सकते हैं। कृपया अनुवाद संबंधित सहायता के लिए **1-855-833-8120 (TTY: 711)** पर फ़ोन करें। (HIN)

중요! 이것은 WellSense Health Plan 혜택에 대한 내용입니다. 무료로 번역해 드릴 수 있습니다. 번역 도움이 필요하면 **1-855-833-8120 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오. (KOR)

ចំណុចសំខាន់! ព័ត៌មាននេះគឺ ស្តីអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃ WellSense Health Plan របស់អ្នក។ យើងអាចបកប្រែវាសម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-833-8120 (TTY: 711)** សម្រាប់ជំនួយផ្នែកបកប្រែ។ (KHM)

Ważne! To dotyczy Twoich świadczeń w ramach planu zdrowotnego WellSense Health Plan. Możemy nieodpłatnie przetłumaczyć dla Ciebie te informacje. Zadzwoń pod numer **1-855-833-8120 (TTY: 711)**, aby uzyskać pomoc w tłumaczeniu. (POL)

ສິ່ງສໍາຄັນ! ນີ້ແມ່ນກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນ WellSense Health Plan ຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ກະລຸນາໃຫ້ **1-855-833-8120 (TTY: 711)** ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາ. (LAO)

Important! This material can be requested in an accessible format by calling 1-855-833-8120 (TTY: 711).

Notice About Nondiscrimination and Accessibility

WellSense Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, sexual orientation, limited English proficiency, or moral or religious grounds (including limiting or not providing coverage for counseling or referral services). WellSense Health Plan provides:

- free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as TTY, qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other language.

Please contact WellSense if you need any of the services listed above.

If you believe we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of any of the identifiers listed above, you can file a grievance or request help to do so at:

Civil Rights Coordinator
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129
Phone: 855-833-8120 (TTY: 711)
Fax: 617-897-0805

You can also file a civil rights complaint with the U.S. DHHS, Office for Civil Rights by mail, by phone or online at:

U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019 (TDD: 800-537-7697)

Complaint Portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Printable complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

INTRODUCCIÓN

Bienvenido a WellSense Health Plan.

WellSense Health Plan (“WellSense”) es una organización sin fines de lucro de servicios médicos de Massachusetts autorizada. Coordinamos la prestación de servicios de atención médica a *miembros* a través de *contratos* con *proveedores de la red*. Los *proveedores de la red* incluyen médicos, otros profesionales de atención médica y hospitales. Todos los *proveedores de la red* se encuentran en nuestra *área de servicio*. Como *miembro*, usted acepta recibir toda su atención médica (con algunas excepciones, tales como *emergencias*) de *proveedores de la red* que están inscritos en la *red de proveedores* que figura en el Esquema de beneficios. Cuando usted se convierte en *miembro*, debe elegir un *proveedor de atención primaria* (*Primary Care Provider, PCP*) para que administre su atención médica. Su *PCP* es un médico, asistente médico o una enfermera especializada de la *red*. Su *PCP* le proporcionará servicios de atención primaria. Si fuese necesario, su *PCP* puede coordinar para que usted reciba atención de otros *proveedores de la red*.

Plan WellSense Clarity Employer Choice Direct. WellSense ofrece el plan WellSense Clarity Employer Choice Direct, al que se hace referencia en esta EOC como el “*plan*.” Los miembros del grupo que cumplen los requisitos de elegibilidad del *plan* para Employer Choice Direct pueden inscribirse en nuestro *plan*. A cambio de una *prima* que paga el grupo a WellSense, WellSense acepta proporcionar la cobertura descrita en esta EOC a aquellos *miembros* inscritos durante el período cubierto por la *prima*. Al enviar una solicitud de afiliación firmada y pagar las *primas* aplicables, los *suscriptores* aceptan (en nombre de sí mismos y sus *dependientes* inscritos) todos los términos de esta EOC.

Esta EOC, que incluye su Esquema de beneficios, es un documento legal importante. Describe la relación entre usted y WellSense. También describe sus derechos y obligaciones como *miembro*. Le indica cómo funciona el *plan*; describe los *servicios cubiertos*, los *servicios no cubiertos*, y ciertos *límites de beneficios* y condiciones; y le indica el *costo compartido* que usted debe pagar por los *servicios cubiertos*. También describe otra información importante. Esperamos que lea esta EOC y la guarde para usarla en el futuro. El índice le ayudará a encontrar lo que necesita saber.

Definiciones: el significado de las palabras que aparecen en cursiva en esta EOC puede encontrarse en la sección Definiciones (Apéndice A), hacia el final de la EOC. Si necesita ayuda para comprender esta EOC, póngase en contacto con nosotros. ¡Estamos aquí para ayudarle!

COBERTURA MÍNIMA ACREDITABLE Y REQUISITOS DE SEGURO MÉDICO OBLIGATORIO

REQUISITO DE MASSACHUSETTS DE ADQUIRIR UN SEGURO MÉDICO:

A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts exige que los residentes de Massachusetts, de 18 años de edad o mayores, tengan cobertura de salud que cumpla con los estándares de cobertura mínima acreditable establecidos por el Operador de Seguros Médicos del Estado, a menos que sea exonerado del requisito de seguro médico basado en capacidad financiera o dificultades económicas *individuales*. Para obtener información adicional llame al Operador de salud al 1-877-MA-ENROLL o visite el sitio web del Operador de salud (mahealthconnector.org).

Estándares de cobertura mínima acreditable. Este plan de salud **cumple con los estándares de Cobertura mínima acreditable** que están en vigencia a partir del 1 de enero de 2022, como parte de la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts. Si usted compra este plan, **cumplirá** con el requisito legal de tener un seguro médico que se ajuste a dichos estándares.

ESTA DIVULGACIÓN ES PARA LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA MÍNIMA ACREDITABLE QUE ESTÁN VIGENTES A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2022. DEBIDO A QUE ESTOS ESTÁNDARES PUEDEN CAMBIAR, REVISE CADA AÑO EL MATERIAL DE SU PLAN DE SALUD PARA DETERMINAR SI SU PLAN CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES MÁS RECIENTES.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede llamar al 617-521-7794 y comunicarse con la División de Seguros, o visitar su sitio web en [mass.gov/doj](https://www.mass.gov/doj).

GUÍA DE DIRECCIONES Y NÚMEROS TELEFÓNICOS

Departamento de Servicios para Miembros: 855-833-8120 (línea gratuita) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Estamos aquí para ayudarle: el Departamento de Servicios para Miembros está disponible para ayudarle a responder sus preguntas. Nos esforzamos por proporcionar un servicio de excelencia. Las llamadas a Servicios para Miembros pueden ser supervisadas para asegurar la calidad del servicio. Le podemos ayudar con lo siguiente:

- Cómo funciona el *plan*.
- Selección de un *proveedor de atención primaria (PCP)*.
- Beneficios.
- Elegibilidad, inscripción y reclamaciones.
- *Información del proveedor de la red*.
- Tarjetas de identificación, hacer llegar una duda, facturación y notificación sobre cambio de dirección.
- Proceso de satisfacción del miembro (quejas o *apelaciones*).
- **Información sobre la revisión de la utilización:** llame a Servicios para Miembros si desea averiguar sobre el estado de la decisión de revisión de la utilización (revisión de *necesidad médica*).
- **Miembros con pérdida total o parcial de la audición:** pueden comunicarse con Servicios para Miembros si llaman a nuestro teléfono TTY al 711.
- **Miembros que no hablan inglés:** Un servicio gratuito de traducción está disponible para *miembros* a pedido. Este servicio le ayuda con preguntas acerca de procedimientos administrativos del *plan*. Este servicio le proporciona acceso a intérpretes que pueden traducir más de 200 idiomas. Llame a Servicios para Miembros.

Línea de Asesoría de Enfermería: 866-763-4695 (sin costo las 24 horas). Todas las llamadas son confidenciales.

Los miembros pueden hablar por teléfono con una enfermera y obtener respuestas a sus preguntas relacionadas con la salud. Llame cualquier día y a cualquier hora. Una enfermera registrada le ayudará. Luego de explicarle sus síntomas, la enfermera puede: darle consejos sobre cómo cuidar de sí mismo en el hogar, sugerirle que vaya a una sala de emergencias; o llamar a su médico.

Para obtener atención médica de emergencia: ante una *emergencia*, busque atención en el centro de emergencias más cercano. Si es necesario, llame al 911 para obtener asistencia médica de emergencia. (Si el 911 no está disponible en su área, llame al número local para servicios médicos de emergencia).

Para obtener atención médica urgente o de rutina: para obtener atención de rutina y *atención urgente* dentro del *área de servicio*, llame siempre a su *PCP*.

Para obtener servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias: El *plan* tiene contrato con Carelon Behavioral Health, (Carelon), para administrar todos los servicios de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias. Si necesita estos servicios, puede seguir cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Llame a la línea gratuita de salud mental/trastornos por consumo de sustancias las 24 horas del día, atendida por personal de Carelon al 877-957-5600 para solicitar asistencia para encontrar un *proveedor de la red*.
- Diríjase directamente a un *proveedor de la red* que brinde servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
- Llame a su *PCP*.
- Visite el sitio web de Carelon (carelonbehavioralhealth.com); o siga el enlace en el sitio web del *plan* (wellsense.org) para buscar *proveedores de la red*.

Para obtener equipo médico duradero, suministros médicos, prótesis u órtesis

(incluso fórmulas médicas y comida baja en proteínas): El *plan* tiene contrato con Northwood, Inc. para manejar la mayoría de estos servicios. El *plan* seguirá administrando parte de este equipo y suministros. Si necesita estos servicios, puede seguir cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 855-833-8120.
- Llame a su *PCP* para que le ayude a encontrar un *proveedor de la red*.
- Visite nuestro sitio web (wellsense.org) para buscar *proveedores de la red*.

Para obtener servicios de farmacia: El *plan* tiene contrato con Express Scripts. Este es el administrador de beneficios de farmacia del *plan*. Express Scripts administra su beneficio de *medicamentos con receta* médica. Si necesita ayuda con este beneficio, como información acerca de los medicamentos cubiertos o las *farmacias de la red*, puede optar entre cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Comunicarse con Servicios para Miembros al 855-833-8120 o visitar nuestro sitio web (wellsense.org)
- Ponerse en contacto con Express Scripts a:
PO Box 14718
Lexington, Kentucky 40512-4718
- Horario de atención de Servicio al Cliente: disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para obtener medicamentos por correo: El *plan* tiene contrato con Cornerstone Health Solutions para prestar los servicios de medicamentos por correo. Solo ciertos medicamentos de mantenimiento están disponibles por correo. Para utilizar el servicio de pedidos por correo primero debe inscribirse en Cornerstone Health Solutions. Para inscribirse en este servicio y comenzar a recibir medicamentos por correo debe comunicarse con Cornerstone Health Solutions por teléfono al 844-319-7588 o llenar el formulario de inscripción de pedidos por correo que se haya incluido en su paquete de bienvenida de *miembro* y que también está disponible en el sitio web de Cornerstone Health Solutions. El proveedor que receta también puede llamar a Cornerstone Health Solutions al 844-319-7588 o enviarles la receta por fax al 781-805-8221. Una vez que esté afiliado, puede surtir las recetas por correo, por teléfono o en línea en cornerstonehealthsolutions.org/chs-mail-order-pharmacy.

Para denunciar una sospecha de fraude: Comuníquese con la línea directa de cumplimiento de WellSense, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

- Fax: 866-750-0947
- Teléfono: 888-411-4959
- Correo electrónico: FraudandAbuse@wellsense.org

Sitio web WellSense: wellsense.org

Dirección de WellSense: WellSense Corporate Headquarters:

WellSense Health Plan, Inc.
529 Main Street
Suite 500
Charlestown, MA 02129
855-833-8120

Índice

INTRODUCCIÓN	4
COBERTURA MÍNIMA ACREDITABLE Y REQUISITOS DE SEGURO MÉDICO OBLIGATORIO	4
GUÍA DE DIRECCIONES Y NÚMEROS TELEFÓNICOS	6
CAPÍTULO 1. ESQUEMA DE BENEFICIOS E INFORMACIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS	7
CAPÍTULO 2. CÓMO FUNCIONA EL PLAN	12
CAPÍTULO 3. SERVICIOS CUBIERTOS	19
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS:	20
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS:.....	22
CAPÍTULO 4. ELEGIBILIDAD, INSCRIPCIÓN, PAGOS DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN	51
CAPÍTULO 5. CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE GRUPO	56
CAPÍTULO 6. PROCESO DE SATISFACCIÓN DEL MIEMBRO	58
CAPÍTULO 7. SI USTED TIENE OTRA COBERTURA	67
CAPÍTULO 8. OTRAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS DEL PLAN	70
CAPÍTULO 9. SU RESPONSABILIDAD DE DENUNCIAR FRAUDE	77
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	78
Aviso sobre no discriminación y accesibilidad	83
Aviso: Leyes de igualdad de salud mental de Massachusetts	83
APÉNDICE A: DEFINICIONES	85
APÉNDICE B: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	101
APÉNDICE C: INFORMACIÓN SOBRE ERISA PARA MIEMBROS DEL GRUPO	102
APÉNDICE D: SERVICIOS ADICIONALES PARA LOS MIEMBROS	105
APÉNDICE E: LISTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA CUBIERTOS	107

CAPÍTULO 1. ESQUEMA DE BENEFICIOS E INFORMACIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS

Esquemas de beneficios:

Cuando usted se inscribe en el *plan*, recibe un Esquema de beneficios y este documento de **EOC**. El Esquema de beneficios para su paquete de beneficios seleccionado es un documento importante. Contiene un resumen de los *servicios cubiertos* y cualquier *límite de beneficio* relacionado; y le indica el monto de su **costo compartido** (*deducibles, copagos y coseguro*) y *desembolsos directos máximos*. **Asegúrese de conservar su Esquema de beneficios con esta EOC**. Y asegúrese de leer sobre **todos sus beneficios** en detalle en el Capítulo 3 de esta EOC, incluidos los servicios no cubiertos (exclusiones).

Información de costo compartido:

Es posible que se le pida compartir los costos de muchos *servicios cubiertos*. Consulte su Esquema de beneficios para conocer el *costo compartido* que se aplica al paquete de beneficios en el que se inscribió. El *costo compartido* puede incluir uno o más de los siguientes:

Deducible:

Su paquete de beneficios **puede** tener un *deducible* anual. El *deducible* es el monto que usted paga por ciertos *servicios cubiertos* en un *año de beneficios* antes de que el *plan* tenga la obligación de pagar por esos *servicios cubiertos*. Una vez que usted alcanza su *deducible*, usted paga ya sea nada o el correspondiente *copago* o *coseguro* para aquellos *servicios cubiertos* durante el resto del *año de beneficios*. Consulte su Esquema de beneficios.

Deducible individual: el monto que un *miembro* individual paga por ciertos *servicios cubiertos* antes de que se haga cualquier pago por medio del *plan* para esos servicios.

Deducible por familia:

- El deducible familiar se aplica a todos los *miembros* de la familia.
- Todos los importes que cualquier *miembro* de una familia pague de sus deducibles individuales se aplican al deducible de la familia. Sin embargo, lo más que una persona puede contribuir con el deducible de la familia por año de beneficios es igual al monto deducible individual.*
- Una vez que se alcanza el deducible por familia, durante un año de beneficios, todos los miembros de una familia habrán satisfecho sus deducibles individuales por el resto del año de beneficios.

* Si su paquete de beneficios es una cuenta de ahorros de salud (HSA) compatible con su *plan*, y usted selecciona cobertura familiar, no existe ningún *deducible* individual. En tal caso, no hay beneficios pagaderos por cualquier miembro individual inscrito de la familia hasta que el *deducible* de la familia haya sido satisfecho. Consulte el Esquema de beneficios para obtener más información.

Notas:

- Lo siguiente no está incluido en el *deducible*: *copagos, coseguro*, deducibles por Rx (medicamentos con receta médica) si corresponde, *primas*, costos de miembros que son superiores al monto autorizado del plan pagado a proveedores que no son de la red, y cualquier pago que usted haga por los servicios no cubiertos.
- Los pagos que usted hizo por los *servicios cubiertos* recibidos antes de iniciar un *año de beneficios* no cuentan como parte de su deducible en el actual *año de beneficios*. Al inicio de cada nuevo *año de beneficios*, su acumulación de *deducible* comenzará en cero y usted empezará a acumular nuevamente hacia su *deducible* para el nuevo *año de beneficios*.
- En la mayoría de los casos, el monto acreditado hacia el *deducible* de un miembro se basa en el monto autorizado por el plan en la fecha de servicio. En algunos casos que incluyen ciertos servicios cubiertos que le presten determinados proveedores que no son de la red, su *deducible* se calcula en función de la ley estatal aplicable, si la hubiera, o de la ley federal aplicable. Consulte el Apéndice A: Definiciones para

obtener información adicional sobre los montos autorizados.

- Algunos paquetes de beneficios pueden tener un *deducible separado por Rx* (medicamento con receta médica). Consulte el párrafo siguiente.

Deducible por medicamentos con receta médica (Rx):

Su paquete de beneficios puede tener un *deducible* separado para algunos *medicamentos con receta médica*. Esto se denomina un *deducible* de medicamentos. Este es el monto que usted paga por ciertos *medicamentos con receta médica* cubiertos en un año de beneficios antes de que el plan tenga la obligación de pagar por esos medicamentos cubiertos. Una vez que alcanza su *deducible* por medicamentos con receta médica, paga solo el *copago* o *coseguro* correspondiente a esos medicamentos durante el resto del *año de beneficios*. Consulte su Esquema de beneficios.

Deducible individual por medicamentos con receta médica: El monto que paga un *miembro* individual por ciertos medicamentos con receta médica cubiertos antes de que el *plan* haga cualquier pago por esos medicamentos.

Deducible familiar por medicamentos con receta médica:

- El *deducible* familiar por medicamentos con receta médica se aplica a todos los miembros de la familia.
- Todos los montos que cualquier *miembro* en una familia paga hacia su *deducible* individual por medicamentos con receta médica se aplican para el *deducible* familiar por medicamentos con receta médica. Sin embargo, lo más que una persona puede contribuir con el **deducible** por *medicamentos con receta médica* por *año de beneficios* es igual al monto del *deducible* individual por medicamentos con receta médica.
- Una vez que el *deducible* familiar por medicamentos con receta médica se ha alcanzado durante un año de beneficios, todos los miembros en una familia habrán satisfecho sus *deducibles* individuales durante el resto del *año de beneficios*.

Notas:

- Los pagos que usted hizo por medicamentos con receta médica cubiertos antes de iniciar un *año de beneficios* no cuentan como parte de su *deducible* por medicamentos con receta médica en el actual *año de beneficios*. Al inicio de cada nuevo *año de beneficios*, su acumulación de *deducible* por medicamentos con receta médica comenzará en cero y usted empezará a acumular nuevamente hacia su *deducible* por medicamentos con receta médica para el nuevo *año de beneficios*.
- En la mayoría de los casos, el monto acreditado hacia el *deducible* por medicamentos con receta médica de un *miembro* se basa en el monto autorizado por el *plan* en la fecha de servicio. En algunos casos que incluyen ciertas farmacias que no son de la red, su *deducible* se calcula en función de la ley estatal aplicable, si la hubiera, o de la ley federal aplicable. Consulte el Apéndice A: Definiciones para obtener información adicional sobre los *montos autorizados*.

Copago:

Una cantidad fija que usted debe pagar por ciertos *servicios cubiertos*. Los *copagos* se realizan directamente al proveedor en el momento en que usted recibe la atención (a menos que el proveedor haga otros arreglos).

Nota: Los *copagos* que usted realizó por los *servicios cubiertos* recibidos antes de iniciar un *año de beneficios* no cuentan como parte de su *máximo de desembolso directo* por su actual *año de beneficios*. Al comienzo de cada nuevo *año de beneficios*, su acumulación comenzará en cero y empezará a acumular nuevamente para alcanzar su *máximo de desembolso directo* anual para el nuevo *año de beneficios*.

Coseguro:

Una cantidad que usted debe pagar por ciertos *servicios cubiertos*, indicada como un porcentaje. En la mayoría de los casos, usted paga el porcentaje correspondiente del monto autorizado por el *plan* en la fecha de servicio. En algunos casos que incluyen ciertos *servicios cubiertos* que le presten determinados proveedores que no son de la red, su *coseguro* se puede calcular en función de la ley estatal aplicable, si la hubiera, o de la ley federal. Consulte el Apéndice A: Definiciones para obtener información adicional sobre los montos autorizados.

Nota: El coseguro que usted pagó por los *servicios cubiertos* recibidos antes de iniciar un *año de beneficios* no se contará hacia su *máximo de desembolso directo* para su *año de beneficios* actual. Al comienzo de cada nuevo *año de beneficios*, su acumulación comenzará en cero y empezará a acumular nuevamente para alcanzar su *máximo de desembolso directo* anual para el nuevo *año de beneficios*.

Máximo de desembolso directo:

Su paquete de beneficios **puede** tener un *máximo de desembolso directo*. Este es el monto máximo de costo compartido que usted debe pagar en un *año de beneficios* para la mayor parte de los *servicios cubiertos*.

El *máximo de desembolso directo* consiste en todos* los *deducibles*, *copagos* y *coseguros*. **Sin embargo, no incluye*:**

- *primas*;
- *costos de miembros* que son más que el monto autorizado para los *servicios cubiertos* pagados por el *plan* a los *proveedores que no son de la red*; y
- *costos de los servicios no cubiertos*.

Una vez que usted alcanza su *máximo de desembolso directo*, ya no paga *deducibles*, *copagos* ni *coseguro* durante el resto de ese *año de beneficios**.

Máximo de desembolso directo individual: el monto máximo de costo compartido que una persona está obligada a pagar en un *año de beneficios* para la mayor parte de los *servicios cubiertos*.

Máximo de desembolso directo por familia:

- Todos los montos que cualquiera de los *miembros* de una familia paga como parte de su *máximo de desembolso directo individual* se aplican hacia el *máximo de desembolso directo familiar*. Sin embargo, lo más que una persona puede contribuir con el *máximo de desembolso directo* familiar por *año de beneficios* es igual al *máximo de desembolso directo* individual.
- Una vez que el *máximo de desembolso directo* por familia se ha alcanzado durante el *año de beneficios*, todos los *miembros* de la familia habrán alcanzado a partir de allí su *máximo de desembolso directo* por familia se ha alcanzado durante el *año de beneficios*.

* Si su paquete de beneficios es una cuenta de ahorros de salud (HSA) compatible con su *plan*, y usted selecciona cobertura familiar, no existe *máximo de desembolso directo individual*.

Tenga en cuenta que:

- *Los deducibles*, *copagos* y *coseguro* que usted pagó antes del comienzo de un *año de beneficios* no se cuentan como parte de su *máximo de desembolso directo* por su actual *año de beneficios*. Al comienzo de cada nuevo *año de beneficios*, su acumulación comenzará en cero y empezará a acumular nuevamente para alcanzar su *máximo de desembolso directo* anual para el nuevo *año de beneficios*.

Máximo de desembolso directo por medicamentos con receta (“máximo de desembolso directo por Rx”):

Su paquete de beneficios **puede** tener un *desembolso máximo* para *medicamentos de venta con receta*. Si es así, este es el importe máximo de *costo compartido* que usted debe pagar en un *año de beneficios* por los *medicamentos con receta cubiertos*.

El *máximo de desembolso directo* por Rx consiste en *deducibles** por Rx, *copagos* por Rx y *coseguros* por Rx. **Sin embargo, no incluye:**

- *costos de miembros* que superan el monto autorizado para los *medicamentos con receta* cubiertos pagados por el *plan* a *proveedores de farmacia* que no son de la red; y
- *costos de medicamentos con receta médica* no cubiertos.

Una vez que usted alcanza su *máximo de desembolso directo* Rx, ya no paga ningún *deducible* Rx, *copagos* Rx o *coseguro* Rx por el resto del *año de beneficios**.

* Nota: A menos que su Esquema de beneficios indique lo contrario.

Su paquete de beneficios **puede** contener solo un *máximo de desembolso directo* para medicamentos *individuales* o un *máximo de desembolso directo* para medicamentos *individuales* y familiares:

- *Máximo de desembolso directo individual por medicamentos con receta médica:* el importe máximo de costo compartido que una *persona* está obligada a pagar en un *año de beneficios para* medicamentos cubiertos con receta médica.
- *Máximo de desembolso directo familiar por medicamentos con receta médica:*
 - Todos los montos que cualquiera de los *miembros* de una familia paga como parte de su *máximo de desembolso directo individual por medicamentos con receta médica* se aplican al máximo de desembolso directo familiar *por medicamentos con receta médica*. Sin embargo, lo máximo que una *persona* puede contribuir con el *máximo de desembolso directo familiar por medicamentos con receta médica por año de beneficios* es igual al monto del máximo de desembolso directo *individual por medicamentos con receta médica*.
 - Una vez alcanzado el *máximo de desembolso directo familiar por medicamentos con receta médica* durante el *año de beneficios*, todos los *miembros* de la familia habrán alcanzado a partir de allí su *máximo de desembolso directo individual por medicamentos con receta médica* durante el resto de ese *año de beneficios*.

Año de beneficios:

El *año de beneficios* es el período de 12 meses consecutivos durante el cual: los beneficios se compran y se administran; se calculan los *deducibles*, el *coseguro* y los *desembolsos directos máximos* y se aplican la mayoría de los *límites de beneficios*.

Nota: En algunos casos, descritos a continuación, su primer *año de beneficios* no será de 12 meses.

Para *suscriptores* inscritos a través de un *contrato de grupo*: su *año de beneficios* se inicia en la fecha de entrada en vigor del grupo (siempre el primero de un mes calendario) y continúa durante 12 meses a partir de esa fecha. (Por ejemplo, si la fecha de entrada en vigor del grupo es el 1 de abril, su *año de beneficios* corre desde el 1 de abril al 31 de marzo). Luego, el *año de beneficios* se renueva de allí en adelante por períodos de 12 meses. (Si usted fuese un empleado nuevo que se *suscribió* después de la fecha de entrada en vigor del grupo, su *año de beneficios* es igual que el *año de beneficios* para todos los *suscriptores* de su grupo. Eso significa que su primer *año de beneficios* no será de 12 meses completos).

Para *dependientes* nuevos que se añaden durante un *año de beneficios* (por ejemplo, un nuevo bebé o nuevo esposo): el año de beneficios del nuevo *dependiente* comienza en su fecha de entrada en vigor de la cobertura y es válido por el mismo período de tiempo que el *año de beneficios* del *suscriptor*.

Límites de beneficios:

Para ciertos *servicios cubiertos*, se pueden aplicar máximos de beneficio por día, visita o en dólares. Su Esquema de beneficios describe los *límites de beneficios*. Una vez que el monto de los beneficios que usted ha recibido llega al *límite de beneficios* para el servicio cubierto específico, no se proporcionan más beneficios por ese servicio durante el resto del *año de beneficios* (u otro período de tiempo designado). Si usted recibe servicios adicionales más allá del *límite de beneficios*, debe pagar el monto total por esos servicios.

Para obtener más información:

Para obtener información sobre el *monto estimado o máximo autorizado* para un *servicio cubierto (medicamento necesario)*, propuesto (por ejemplo, una hospitalización propuesta) y el monto estimado de su *costo compartido* para ese *servicio cubierto* propuesto, puede llamar sin costo a Servicios para Miembros al 855-833-8120. Usted también puede presentar una solicitud para obtener esta información en nuestro sitio web: wellsense.org.

De acuerdo con la información de la que dispongamos en el momento de su solicitud, le informaremos los montos autorizados y su *costo compartido estimado*. Cualquier estimado que le proporcionemos no garantiza la cobertura. La cobertura se basa en cumplir con todas las reglas que aplican en esta EOC (Evidencia de Cobertura). (Por ejemplo, usted debe ser un *miembro del plan* en la fecha en que se le da el servicio). No hay cobertura para los *servicios no cubiertos*.

Nota: El *costo compartido* adicional, según se establece en su Esquema de beneficios, se puede aplicar a *servicios cubiertos* imprevistos proporcionados a usted durante la prestación del *servicio cubierto* propuesto.

CAPÍTULO 2. CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Paquetes de beneficios: el plan *WellSense Clarity Employer Choice Direct* (el “*plan*”) tiene diferentes paquetes de beneficios.

Los paquetes de beneficios se diferencian en la *prima* y en el *costo compartido*. Ellos también difieren en la *red* de proveedores disponible para usted. **Los servicios cubiertos específicos, la red de proveedores, deducibles, copagos, coseguro y los máximos de desembolso directo para cada paquete de beneficios se describen en su Esquema de beneficios.**

Seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP):

cuando usted se inscriba en el *plan*, debe elegir un proveedor de atención primaria, también conocido por las siglas *PCP*. Usted puede elegir cualquier *PCP* que esté en su *red* de proveedores y que esté disponible para aceptarle. Un *PCP* puede ser un médico de medicina interna, medicina familiar, general o pediátrica; o puede ser un asistente médico o enfermera especializada. Cada *miembro* de una familia puede elegir un *PCP* diferente. Los pediatras de la *red* pueden elegirse como *PCP* para un niño(a). (Este es un *PCP* que se especializa en el tratamiento de los niños). Las mujeres *miembros* también pueden seleccionar a un gineco-obstetra (OB/GYN) de la *red* como su *PCP*. Los *PCP* proporcionan atención médica preventiva y de rutina. También puede hacer los arreglos y coordinar su atención médica con otros *proveedores de la red*. Los *PCP* o sus proveedores suplentes están disponibles las 24 horas del día. Para seleccionar un *PCP* escriba el nombre del *PCP* en su solicitud de inscripción o llame a Servicios para Miembros. Usted debe obtener toda la atención primaria de su *PCP* designado.

Asignación de PCP para miembros inscritos en ciertos paquetes de beneficios:

Si usted no selecciona a un *PCP* en un plazo de 15 días de su *fecha efectiva de cobertura*, el *plan* le asignará un *PCP* adecuado para usted. Esta asignación se basa en su código postal y también podría basarse, según nuestro juicio, en otro tipo de información relevante que obtengamos de usted y de otros registros. Si se le asigna un *PCP*, le daremos el nombre del *PCP* y le ofreceremos ayuda para programar una cita con el *PCP*. Usted debe obtener toda la atención primaria de su *PCP* asignado. Si usted desea cambiar su *PCP* asignado, consulte “Cambiar su *PCP*”, a continuación.

Los PCP aparecen en el Directorio de proveedores del plan.

Puede buscar todos los proveedores en su *red de proveedores* ingresando en nuestro sitio web, en wellsense.org. (Simplemente haga clic en el enlace “Encontrar un proveedor”). Asegúrese de buscar un *PCP* en la *red* de proveedores que aparece en su Esquema de beneficios. También puede llamar a Servicios para Miembros al 855-833-8120 y le proporcionaremos una lista de proveedores en su área. Puede encontrar la versión más actualizada del *Directorio de proveedores* en nuestro sitio web: wellsense.org. Para obtener ayuda para elegir un *PCP*, llame a Servicios para Miembros.

Visite a su PCP:

después de inscribirse, si no se ha reunido con su *PCP*, le recomendamos que llame a su *PCP*. Preséntese como *miembro* nuevo del *plan* y programe una cita. Además, debe pedirle a su médico anterior que envíe su expediente médico a su *PCP* nuevo. (Nota: Su médico anterior podría cobrarle por las copias).

Cómo cambiar su PCP:

Usted puede cambiar su *PCP* en cualquier momento, pero no más de tres veces (si es un cambio voluntario) durante un *año de beneficios*. Para cambiar de *PCP*, seleccione uno nuevo en el Directorio de proveedores. Luego, llame a Servicios para Miembros. Indíquelo a Servicios para Miembros que usted desea cambiar de *PCP* y obtener autorización para el cambio. (Si no obtiene nuestra autorización, la atención médica que reciba por parte del nuevo *PCP* puede no estar cubierta). Los cambios de *PCP* entran en vigor el día hábil siguiente. (En determinadas circunstancias, el cambio puede entrar en vigor el mismo día o en una fecha posterior).

En algunos casos, el *plan* le pedirá que cambie de *PCP*. Si esto sucede, debe llamar a Servicios para Miembros para escoger a un *PCP* nuevo. Esto puede suceder si su *PCP* ya no es un *proveedor de la red* en su *red de proveedores*. En

este caso, el *plan* le informará por escrito. Haremos nuestro mejor esfuerzo por enviarle este aviso como mínimo 30 días antes de que su *PCP* deje de pertenecer a la *red* de proveedores. En algunos casos, usted puede recibir cobertura continua de servicios de su *PCP* anterior durante por lo menos 30 días después de que su *PCP* se retire de la *red* de proveedores. (Para obtener más información, consulte "Continuidad de atención para miembros existentes" más adelante en este capítulo).

Su *PCP* le proporciona y hace arreglos para su atención médica:

- Siempre que necesite atención médica, primero debe llamar a su *PCP* excepto en un caso de *emergencia*.
- Su *PCP* le proporcionará atención preventiva y atención primaria cuando esté enfermo o se lesione.
- Su *PCP* puede hacer los arreglos para que usted acuda a otros *proveedores de la red* (por ejemplo, especialistas de la *red*) para otro tipo de atención. Su *PCP* conoce a otros *proveedores de la red* y es la persona ideal para ayudarle a elegir a otros *proveedores de la red* que pueden proporcionarle servicios especializados. Llame a su *PCP* para recibir asesoramiento.
- Incluso si va por su cuenta (autorreferido) a un especialista de la *red* para recibir atención especializada, le recomendamos que mantenga a su *PCP* informado acerca de la atención autorreferida. Esto permite que su *PCP* tenga un conocimiento total de sus servicios y necesidades médicas. Esto contribuye a mantener la calidad de su atención médica.

Cuando necesite atención especializada:

Si cree que necesita atención especializada, le recomendamos que llame primero a su *PCP*. Su *PCP* puede decirle si necesita atención especializada y remitirle a un especialista de la *red* adecuado. O puede referirse usted mismo si va por su cuenta a un especialista de la *red*. Pero consulte el párrafo siguiente que describe los requisitos de autorización previa.

Atención por parte de proveedores que no pertenecen a la red:

El *plan* no cubre la atención que usted reciba de *proveedores que no pertenecen a la red*, excepto:

- en caso de *emergencia* (consulte "Servicios de *emergencia*" más adelante);
- para recibir *atención de urgencia* cuando está fuera del *área de servicio* (consulte "Cobertura para *atención de urgencia* cuando está fuera del *área de servicio*" más adelante);
- en caso de que reciba *servicios cubiertos* de un *proveedor que no pertenece a la red* (como un anesthesiólogo o radiólogo) en un hospital de la *red* o en otro centro de la *red*, en determinadas circunstancias, el *plan* pagará por estos *servicios cubiertos* como si hubieran sido proporcionados por un *proveedor de la red* de acuerdo con las leyes federales y estatales. Si tiene alguna pregunta después de recibir una factura del proveedor en esta situación, comuníquese con Servicios para Miembros.
- algunas situaciones específicas que involucran la continuidad de la atención (consulte más adelante "Continuidad de la atención"); y
- en casos excepcionales cuando ningún *proveedor de la red* tenga la experiencia profesional necesaria para brindarle el servicio requerido. En tal caso, su *PCP* o el *plan* puede hacer los arreglos para que acuda a un *proveedor que no sea de la red*. Su *PCP* debe obtener primero una autorización previa de un revisor autorizado del *plan*. (Si a usted se lo autoriza a consultar a un *proveedor que no pertenece a la red*, su *costo compartido* aplicable no cambia). El revisor autorizado del *plan* considera varios factores importantes para evaluar una solicitud de autorizar la atención en un proveedor que no es de la *red*. Estos incluyen: sus necesidades médicas específicas; la *necesidad médica* del *servicio cubierto* o proveedor solicitado; la rentabilidad de las opciones que no son de la *red*; la calidad y el acceso.

Ayuda del *plan* para encontrar proveedores de la red:

Usted puede solicitar asistencia al *plan* si usted o su *PCP* tiene dificultades para encontrar *proveedores de la red* que le puedan proporcionar los *servicios médicamente necesarios*. Si lo solicita, identificaremos y confirmaremos directamente la disponibilidad de estos servicios. Si los *servicios médicamente necesarios* no están disponibles entre los *proveedores de la red*, haremos los arreglos para que *proveedores que no pertenecen a la red* le puedan proporcionar estos servicios.

Si no puede comunicarse con su *PCP*:

Su *PCP* o proveedor suplente están disponibles para proporcionarle y coordinar su atención médica las 24 horas del día. Si su *PCP* no puede atender su llamada inmediatamente, deje siempre un mensaje con el personal del consultorio o el servicio de mensajería. Excepto en un caso de *emergencia*, espere un periodo razonable de tiempo para que alguien le devuelva la llamada. Si no puede comunicarse con su *PCP* o con el proveedor suplente, llame a Servicios para Miembros en el horario de atención. No tiene que llamar a su *PCP* antes de solicitar atención de *emergencia*. Consulte “Servicios de *emergencia*” más adelante en este capítulo.

Cancelar citas con proveedores:

Algunas veces puede tener que cancelar una cita con su *PCP* o algún proveedor. Siempre hágalo con el máximo de anticipación posible. Los proveedores podrían cobrarle por faltar a las citas. El *plan* no paga por cargos por faltar a las citas.

No hay limitaciones sobre el período de espera o por condiciones preexistentes:

No hay limitaciones por períodos de espera o por condiciones preexistentes en el *plan*. Todos los *servicios cubiertos* están disponibles para usted desde su fecha de entrada en vigor de la cobertura, a menos que usted sea un paciente hospitalizado en su fecha de entrada en vigor de la cobertura y no haya notificado al *plan* que está hospitalizado.

La red de proveedores:

Área de servicio: El *área de servicio* es un área geográfica donde se localizan los *proveedores de la red*. Visite el sitio web del *plan* en wellsense.org para obtener una descripción de las ciudades del *área de servicio del plan*.

Su red de proveedores: como *miembro*, usted debe obtener toda su atención médica de proveedores inscritos en **la red de proveedores** mencionada en el **Esquema de Beneficios**. (Existen excepciones: consulte “Atención por parte de proveedores que no pertenecen a la red”, arriba). WellSense mantiene varias *redes de proveedores*. Por lo tanto, al usar la herramienta de búsqueda de *proveedores* en nuestro sitio web (consulte el siguiente párrafo) o al solicitar una copia impresa del *Directorio de proveedores del plan*, asegúrese de verificar la *red de proveedores* correcta para el paquete de beneficios en el que usted está inscrito.

Directorio de proveedores: el Directorio de proveedores *enumera los proveedores de nuestra red*. Estos incluyen *PCP*, médicos especialistas, otros profesionales de atención médica y hospitales. El directorio de proveedores está disponible en nuestro sitio web, en wellsense.org. Una copia impresa gratuita del Directorio de proveedores está disponible llamando a Servicios para Miembros, al 1-855-833-8120. Debido a que se actualiza con frecuencia, el directorio en línea está más actualizado que un directorio impreso. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información acerca de *proveedores de la red*.

Información acerca del perfil del médico: Hay información disponible acerca de los médicos autorizados (como calificaciones médicas, historial de negligencia médica, escuela de medicina e información de residencia). Comuníquese con la Junta de Registro en Medicina del Estado de Massachusetts en findmydoctor.mass.gov.

Cambios a la red de proveedores: Algunas veces, los proveedores de su *red de proveedores* pueden cambiar durante el año. Los cambios pueden darse por varias razones: un *proveedor* puede mudarse fuera del *área de servicio*, puede retirarse o puede dejar de cumplir con nuestro nivel de acreditación o con otros requerimientos del contrato. Además, WellSense y el proveedor podrían no llegar a un acuerdo respecto de un *contrato*. Esto significa que no podemos garantizar que un proveedor en particular continúe como *proveedor de la red* durante todo el tiempo que usted sea *miembro*. Si su *PCP* se retira de la *red*, haremos todos los esfuerzos para avisarle por lo menos con 30 días de anticipación. Servicios para Miembros puede ayudarle a seleccionar un nuevo *PCP*.

Compensación financiera a los proveedores de la red: WellSense celebra *contratos* con *proveedores de la red* que pueden contener una variedad de métodos de compensación laboral mutuamente acordados. El Directorio de proveedores indica el método de pago para *proveedores de la red*. Nuestro objetivo al compensar a los *proveedores de la red* de servicios es estimular y recompensar a los *proveedores de la red* para que proporcionen atención preventiva de acuerdo con lineamientos de aceptación general, gestión de calidad de la enfermedad y un

acceso apropiado a la atención médica. Sin importar cómo les pagamos a los *proveedores de la red*, esperamos que utilicen un sano juicio médico cuando proporcionen y coordinen la atención médica, proporcionen atención médica que sea médicamente necesaria, y eviten una atención médica innecesaria que podría ser perjudicial y costosa.

Enfermeras especializadas y enfermeras anestesistas diplomadas certificadas: El *plan* proporciona cobertura de manera no discriminatoria para los *servicios cubiertos* proporcionados por una *red*: una enfermera especializada o una enfermera anestesista diplomada certificada. Esto significa que el *plan* le proporciona la misma cobertura, tanto si los servicios cubiertos se recibieron de una enfermera especializada de la *red*, como de cualquier otro *proveedor de la red*. Los *servicios cubiertos* proporcionados por estos proveedores deben estar comprendidos dentro del ámbito legal de su licencia y/o autorización para la práctica.

Servicios de emergencia:

Qué se debe hacer en una *emergencia*: Usted siempre tiene cobertura para recibir atención médica en caso de *emergencia*. Usted no necesita autorización previa o derivación de su *PCP*. (Esto incluye servicios de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias de *emergencia*). En un caso de *emergencia*, ya sea que usted esté dentro o fuera del *área de servicio*: diríjase a la sala de *emergencia* más cercana, o llame al 911 o a otro número local de *emergencia*. El *plan* no le desalentará en el uso del sistema de servicios médicos de *emergencia* prehospitalarios, el 911 u otro número de *emergencia* local. A ningún *miembro* se le negará la cobertura para gastos médicos y de transporte incurridos como resultado de una *emergencia*.

Costo compartido:

- El costo compartido corresponde para atención de *emergencia* que usted obtenga en una *sala de emergencia* o para servicios de observación en un hospital sin el uso de la sala de *emergencia*. Consulte el Esquema de beneficios para conocer el *costo compartido correspondiente*.
- El *costo compartido* se aplica incluso si usted va a una sala de *emergencia* para una atención que no es de *emergencia*.
- Los copagos para servicios de *emergencia* no se aplican si usted es admitido como paciente hospitalizado inmediatamente después de recibir servicios de *emergencia* en una sala de *emergencias*. Sin embargo, cualquier *costo compartido* correspondiente a la atención de pacientes hospitalizados se aplicará a su estadía como paciente hospitalizado.
- Si usted obtiene *servicios cubiertos de emergencia* de una sala de *emergencias* de un *hospital* que no pertenece a la *red*, el *plan* pagará hasta el monto autorizado. Usted paga el *costo compartido* correspondiente.

Definición de *emergencia*: una *emergencia* se refiere a una afección médica, ya sea física, conductual, trastorno de salud mental o relacionado con el consumo de sustancias, que se manifiesta a través de síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso que, en la ausencia de una atención médica inmediata, una persona prudente y no profesional y que posee un conocimiento promedio de salud y medicina podría determinar razonablemente que pondría la salud de un *miembro* o de otra persona, o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer y de su hijo no nacido en serio peligro, deterioro grave de las funciones corporales o en la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o, con respecto a una mujer embarazada, tal y como se define en la Sección 1867(e)(1)(B) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. Sección 1395dd(e)(1)(B).

Ejemplos de *emergencias*: ataque al corazón o sospecha de ataque al corazón; infarto cerebral; conmoción; pérdida severa de sangre; asfixia; trauma severo de la cabeza; pérdida del conocimiento; ataques de epilepsia; y convulsiones.

Aviso para luego de recibir atención de *emergencia*:

- Si usted recibe atención de *emergencia* en un centro de *emergencias* (dentro o fuera del *área de servicio*), pero no es admitido en el hospital, usted o alguna persona que actúe en su nombre debe llamar a su *PCP* después de recibir la atención. Esto ayuda a su *PCP* a proporcionarle o realizar arreglos para que usted reciba cualquier tratamiento de seguimiento.
- Si usted recibe atención de *emergencia* en un centro de *emergencias* (dentro o fuera del *área de servicio*) Y es admitido como paciente hospitalizado en un centro que no pertenezca a la *red*, usted o

alguna persona que actúe en su nombre DEBE llamar al *plan* en un plazo de dos días hábiles posteriores a su admisión. Esto es esencial para que el *plan* pueda: manejar y coordinar su atención médica, y coordinar cualquier transferencia médicamente apropiada. (Nota: Un aviso de parte del proveedor de servicios de *emergencia* a su *PCP*, al *plan* o, en el caso de servicios de *emergencia* de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias, a Carelon, cumple con este requisito de notificación).

Transferencia: Si usted recibe atención de *emergencia* de un proveedor que no sea de la red (dentro o fuera del área de servicio): los servicios continuos con ese proveedor después de que la condición de *emergencia* haya sido tratada y se haya estabilizado podrían no estar cubiertos si el *plan* determina, en conjunto con sus proveedores, que es seguro, apropiado y de bajo costo que usted sea trasladado a un centro de la red y usted decide no acudir al centro de la red.

Cobertura de atención cuando está fuera del área de servicio:

- Si usted está fuera del área de servicio y se lesiona o enferma, el *plan* pagará por los servicios cubiertos médicamente necesarios por la atención de urgencia que usted reciba de proveedores que no pertenecen a la red. (Consulte la sección "Servicios de emergencia" anterior para informarse sobre la cobertura de atención de emergencia cuando está fuera del área de servicio).
- Le recomendamos que llame a su *PCP* para obtener orientación, cuando sea apropiado, antes de buscar atención de urgencia, pero no está obligado a hacerlo.
- Debe buscar atención de urgencia con el proveedor de atención médica apropiado más cercano.
- Se aplican montos correspondientes de costo compartido del miembro.
- La atención de urgencia es una atención médicamente necesaria para evitar un deterioro grave de su salud cuando usted tiene una enfermedad o lesión inesperada. Ejemplos: atención por fractura de huesos o por fiebre alta.

El *plan* **no** cubre los siguientes tipos de atención cuando usted está fuera del área de servicio:

- Atención que usted pudo haber previsto antes de salir del área de servicio. Esto incluye atención para condiciones médicas crónicas que requieren un tratamiento médico continuo.
- Atención médica de rutina o preventiva.
- Admisiones hospitalarias electivas, cirugía ambulatoria u otros servicios cubiertos que pueda retrasarse con seguridad hasta que esté en el área de servicio.
- Atención de seguimiento que puede esperar hasta que usted regrese al área de servicio.
- Servicios de maternidad de rutina para atención prenatal o posparto; o parto (incluida la atención posparto y la atención al recién nacido) o problemas durante el embarazo más allá de la semana 37 de embarazo o en cualquier momento después de que su proveedor le haya dicho que está en riesgo de un parto prematuro.

Costo compartido:

- El costo compartido (tal como deducibles y copagos) se aplicará para la atención de urgencia. Consulte el Esquema de beneficios para conocer el costo compartido correspondiente.
- Si usted recibe atención de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red, el *plan* pagará hasta el monto autorizado. Usted paga el costo compartido correspondiente y, en algunos casos, cualquier diferencia entre el cargo del proveedor y nuestro pago.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados:

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados: a menos que se trate de una emergencia, siempre llame a su *PCP* antes de ir a un hospital.

- Si necesita atención hospitalaria, su *PCP* lo remitirá a un hospital de la red.
- En raras ocasiones, cuando los servicios de hospital que necesita no están disponibles en ningún hospital de la red, su *PCP* puede hacer los arreglos para que vaya a un hospital que no sea de la red. En ese caso, su *PCP* debe obtener autorización previa de un revisor autorizado del *plan*.

Cargos después de ser dado de alta: Si decide quedarse como paciente hospitalizado después de que un médico ha programado su alta o determina que ya no son médicamente necesarios los servicios posteriores como paciente

hospitalizado, el *plan* no pagará ningún costo en que usted incurra después de ese momento.

Continuidad de la atención:

Continuidad de la atención para miembros existentes:

- Cancelación de la inscripción de un *PCP*. Si usted es un *miembro* cuyo *PCP* se retira de la *red*, haremos nuestros mejores esfuerzos por enviarle un aviso por escrito al menos con 30 días de anticipación antes de que su *PCP* se retire. Dicho aviso le indicará cómo escoger un nuevo *PCP*. A menos que su *PCP* haya sido dado de baja debido a fraude o por asuntos relacionados con la calidad de la atención, seguiremos pagando los *servicios cubiertos* del *PCP* que ya no esté afiliado, según los términos de esta EOC (Evidencia de Cobertura), durante al menos 30 días después de la fecha de cancelación de la inscripción.
- Cancelación de la inscripción de un *PCP*, especialista u otro proveedor: si usted es un *miembro* cuyo *PCP*, especialista u otro proveedor se retira de la *red* (por razones que no sean fraude o calidad de la atención) y está (1) en tratamiento activo por una condición médica o enfermedad crónica o aguda, grave o compleja, con ese proveedor, (2) recibiendo atención institucional u hospitalaria con ese proveedor, o (3) tiene una cirugía no electiva programada con ese proveedor (incluida la atención posoperatoria de dicho proveedor con respecto a dicha cirugía), cubriremos un tratamiento continuo con el *PCP*, el especialista o el proveedor tratante a lo largo del actual período de tratamiento activo o la atención, o hasta por 90 días calendario (lo que sea más corto).
- Embarazo. Si usted es un *miembro* femenino que está cursando un embarazo y el *proveedor de la red* que usted está viendo en relación con su embarazo ha sido desafiliado del *plan* (por razones que no sean fraude o calidad de la atención): puede continuar recibiendo cobertura por los *servicios cubiertos* para su embarazo proporcionados por ese proveedor, según los términos de esta EOC, hasta 90 días calendario o hasta su primera visita posparto (lo que ocurra después).
- Enfermedad terminal. Si usted es un *miembro* con una enfermedad terminal (con una expectativa de vida de 6 meses o menos) y el *proveedor de la red* que está viendo en relación con su enfermedad se ha desafiliado del *plan* (por razones que no sean fraude o calidad de la atención): puede continuar recibiendo cobertura por los *servicios cubiertos* proporcionados por ese proveedor, según los términos de esta EOC, hasta su fallecimiento.

Elección de la continuidad de la atención: para coordinar la cobertura de la continuidad de la atención, llame a Servicios para Miembros.

Continuidad de la atención para nuevos miembros: Si usted es un *miembro* nuevo, el *plan* le proporcionará cobertura por los *servicios cubiertos* proporcionados por su actual médico que no pertenece a la *red* asistente médico que no pertenece a la *red* o por su enfermera especializada que no pertenece a la *red* según los términos de esta EOC (Evidencia de Cobertura), de la siguiente manera:

- Hasta por 30 días desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura si:
 - Ninguna otra opción de *planes* de salud ofrecidas por su grupo incluye a este médico, asistente médico o enfermera especializada;
 - El médico, el asistente médico o la enfermera especializada le está proporcionando un tratamiento continuo o es su proveedor de atención primaria.
- Hasta su primera visita posparto, si usted es una nueva *miembro* en su segundo o tercer trimestre de embarazo.
- Hasta su fallecimiento, si usted es un nuevo *miembro* con una enfermedad terminal (con una expectativa de vida de 6 meses o menos).

Condiciones para la cobertura de continuidad de la atención según se describe en esta sección: Los servicios proporcionados por un *proveedor desafiliado* o un *proveedor fuera de la red* o por un proveedor que no pertenece a la *red* según se describe en esta sección de "Continuidad de la atención" están cubiertos únicamente cuando el *miembro* o el proveedor obtiene aprobación previa del *plan* por la continuación de los servicios; de lo contrario los servicios serían los *servicios cubiertos* bajo esta EOC; y el proveedor esté de acuerdo en:

- aceptar el pago del *plan* según las tarifas que pagamos a los *proveedores de la red*, o según lo exija la legislación estatal o federal;

- aceptar dicho pago como pago total y no cobrarle más de lo que usted hubiese pagado de *costo compartido* si el *proveedor fuera un proveedor de la red*;
- cumplir con los estándares de calidad del *plan*;
- proporcionarle al *plan* la información médica necesaria relacionada con la atención que se brindó; y
- cumplir con las políticas y los procedimientos del *plan*: estos incluyen procedimientos relacionados con obtener una autorización previa, y proporcionar *servicios cubiertos* de acuerdo con un *plan* de tratamiento, si lo hay, aprobado por el *plan*.

Servicios de conserjería:

Es posible que haya algunos *proveedores de la red* de servicios que cobren honorarios adicionales por servicios especiales o instalaciones. Estos pueden incluir asistencia con el transporte a sus citas médicas; citas del mismo día o el siguiente día garantizadas que no sean *médicamente necesarias*; e ir con *miembros* a visitas al especialista. Estos servicios especiales no están *cubiertos* bajo el *plan*. El *plan* no cubre los honorarios por dichos servicios. Es su decisión comprar y pagar por estos servicios especiales directamente a su proveedor.

Tarjetas de identificación de miembros:

Le daremos a cada *miembro* una tarjeta de identificación. Al recibirla, revísela cuidadosamente. Si hay algún dato incorrecto, llame a Servicios para Miembros. Su tarjeta de identificación de *miembro* es importante. Identifica su membresía al *plan*. Llévela con usted en todo momento. Siempre muestre su tarjeta de identificación a cualquier proveedor antes de recibir servicios. Si su tarjeta se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros para obtener una nueva. La tarjeta de identificación en sí misma no le da derecho a recibir los beneficios del *plan*. Para tener derecho a los beneficios del *plan* usted debe ser un *miembro* debidamente inscrito al momento de recibir los servicios de atención médica.

CAPÍTULO 3. SERVICIOS CUBIERTOS

Introducción: este capítulo describe:

- *servicios cubiertos*;
- lo que no está cubierto (exclusiones); y
- ciertos límites o condiciones de cobertura.

Costo compartido:

Consulte su Esquema de beneficios para obtener información acerca de *deducibles*; *copagos*; *coseguros*; y *máximos de desembolso directo*.

Nota: Los *proveedores* podrían negarse a proporcionarle los *servicios cubiertos* si usted no paga el *costo compartido* requerido.

Autorización previa del revisor autorizado del plan:

Existen ciertos *servicios cubiertos*, para *pacientes hospitalizados* y *ambulatorios*, que deben ser autorizados (aprobados) con anticipación por un *revisor autorizado del plan*. Estos requisitos se conocen como "autorización previa". Su *proveedor de la red* solicitará la *autorización previa del plan* en su nombre. El *revisor autorizado del plan* revisará su solicitud dentro de los plazos legalmente establecidos y determinará si el servicio propuesto debería estar cubierto como *médicamente necesario* para usted. El *plan* luego le indicará a su proveedor y a usted si la cobertura para un servicio propuesto ha sido aprobada o denegada. Para verificar el estado de una solicitud o el resultado de una decisión de una *autorización previa*: llame a su proveedor, o llame al *plan* al 855-833-8120.

Siempre deberá verificar con su proveedor antes de obtener servicios o suministros. Asegúrese de que él o ella haya obtenido cualquier *autorización previa*.

Si se niega la cobertura para un servicio que no es *médicamente necesario*, su proveedor puede analizar su caso con un *revisor autorizado del plan*. Él o ella también puede buscar la reconsideración del *plan*. Si no se revierte la negación, usted tiene derechos de *apelación*. Consulte el capítulo 6. (Su derecho a presentar una *apelación* no dependerá de si su proveedor procuró una reconsideración).

Ejemplos de servicios cubiertos que requieren autorización previa del plan:

- Imágenes de alta tecnología: por ejemplo, CT/CTA, MRI/MRA, PET y NCI/NPI (diagnóstico nuclear cardíaco por imágenes).
- Musculoesquelético (columna vertebral, articulaciones, dolor intervencionista).
- Pruebas genéticas (gestión de laboratorio).
- Transporte que no es de *emergencia* cubierto. (Consulte los servicios de ambulancia en el capítulo 3).
- Órtesis y equipo médico duradero
- Prótesis
- Fórmulas médicas.
- Alimentos bajos en proteína.
- Atención médica en el hogar.
- Centro de cuidados paliativos.
- Tratamiento para la infertilidad.
- Servicios para tratar el trastorno de identidad de género e incongruencia de género.
- Ingreso de pacientes que no son de *emergencia* y algunas cirugías electivas.
- Servicios de enfermería especializada (los primeros 3 días están cubiertos por admisión).
- Servicios para pacientes internados.
- Servicios de atención a largo plazo (LTAC).
- Orientación nutricional.
- Trasplantes de órganos.
- Terapias de rehabilitación para pacientes ambulatorios. (Por ejemplo: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla).
- Ciertos medicamentos con receta médica en una farmacia o que se le administran a usted (por inyección o

infusión).

Los siguientes son solo ejemplos. Consulte con su proveedor, o llame al *plan* para obtener más información acerca de servicios específicos, suministros y medicamentos sujetos a una *autorización previa*. De vez en cuando, el *plan* puede cambiar los servicios sujetos a una *autorización previa*.

Requisitos básicos para la cobertura:

Para que sean *servicios cubiertos*, todos los servicios y suministros **deben** cumplir con todos los siguientes requisitos:

- Que se describan en este capítulo 3 como servicios cubiertos.
- Es médicamente necesario.
- Que se reciban mientras usted sea *miembro del plan*.
- Que sean proporcionados por un *proveedor de la red* en su *red de proveedores*, excepto como se describe en el capítulo 2. Consulte el capítulo 2: "Atención por parte de proveedores que no pertenecen a la red".
- En algunos casos, que esté autorizado por anticipado por un *revisor autorizado del plan*. (*Autorización previa*).
- Que no figuren como excluidos en esta EOC.
- Que hayan sido proporcionados para tratar una lesión, enfermedad o embarazo; o para cuidados preventivos.
- Que sean congruentes con las leyes federales y estatales aplicables.

SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS:

Autorización previa de un revisor autorizado del plan: Ciertos *servicios cubiertos para pacientes hospitalizados* que se describen a continuación requieren autorización previa (aprobación) de un *revisor autorizado del plan*. Si el *proveedor* del servicio no obtiene la autorización previa, el *plan* no cubrirá el servicio. Siempre consulte con su *proveedor* para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados:

El *plan* cubre atención médica aguda de *pacientes hospitalizados*. Esto se cubre en un hospital de enfermedades crónicas o generales. La cobertura es por la cantidad de días que sean *médicamente necesarios*. Esto incluye:

- Habitación semiprivada y comidas. (Habitación privada cubierta únicamente cuando sea *médicamente necesario*).
- Anestesia.
- Quimioterapia y radioterapia.
- Las visitas del médico y consultas con el especialista, mientras usted se encuentre *hospitalizado*.
- Pruebas de diagnóstico (ejemplos: laboratorio, radiografías y otras pruebas por imágenes).
- Diálisis.
- Atención médica intensiva/cardíaca.
- Servicios de laboratorio y de imágenes de diagnóstico.
- Medicamentos cuando se encuentra *hospitalizado*.
- Atención de enfermería.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Terapia del habla.
- Terapia cardíaca.
- Terapia respiratoria.
- Cirugía. Esto incluye lo siguiente:

Cirugía reconstructiva y procedimientos: El *plan* cubre procedimientos y cirugía reconstructiva médicamente necesarios. Estos están cubiertos únicamente cuando los servicios se requieren: para aliviar el dolor o para mejorar o restablecer la función corporal dañada como resultado de:

- un defecto de nacimiento;

- o lesión causada por un accidente;
- o enfermedad; o bien
- o un procedimiento quirúrgico cubierto.

El *plan* también cubre los siguientes servicios posmastectomía:

- o Reconstrucción del seno afectado por la mastectomía.
- o Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica.
- o Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía. (Esto incluye el linfedema).

La remoción de implantes de seno tiene cobertura únicamente cuando:

- o existe una complicación médica relacionada con un implante (como una ruptura del implante de seno); o bien
- o existe evidencia documentada de enfermedad autoinmune.

Exclusiones relacionadas: Procedimientos cosméticos salvo por cobertura posmastectomía, como se describe en esta sección.

Trasplante de órganos humanos: El *plan* cubre:

- o Trasplantes de médula ósea. Esto incluye a *miembros* con diagnóstico de cáncer de mama que se haya desarrollado hasta enfermedad con metástasis. Los miembros deben cumplir con los criterios establecidos por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts.
- o Los trasplantes de órganos humanos sólidos proporcionados a los *miembros*.
- o Trasplantes de células madre hematopoyéticas proporcionadas a los *miembros*.

Usted debe ser aprobado por el centro de trasplantes como candidato para el trasplante recomendado. Los servicios de trasplante también deben ser aprobados por un *revisor autorizado del plan* y proporcionados en un centro de trasplante de la *red*. (Nota: los centros de trasplante de la *red* pueden incluir centros que están fuera del *área de servicio*. En tal caso, el *plan* pagará el transporte relacionado con una necesidad médica para el *miembro*).

El *plan* cubre los siguientes servicios cuando la persona que recibe el trasplante de órgano es un *miembro*:

- o Atención de la persona que recibe el órgano.
- o Los costos de búsqueda de donante a través de registros establecidos de donantes de órganos.
- o Los siguientes cargos en los que el donante incurra al donar las células madre o el órgano al *miembro*, pero únicamente en la medida que estos gastos no sean cubiertos por el plan del donante o cualquier otro *plan* de salud:
 - Evaluación y preparación del donante.
 - Servicios de cirugía y recuperación directamente relacionados con la donación del órgano al *miembro*.

Exclusiones relacionadas:

- o Gastos, en calidad de donantes, de los *miembros* que donan células madre u órganos sólidos a personas que no son *miembros*.
- o Trasplantes de órganos *experimentales* o *de investigación*.

Atención por maternidad: El *plan* cubre:

- Servicios de hospital y de parto para la madre. Nota: La estadía de la madre en el hospital está cubierta durante al menos: 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea. Las decisiones de reducir la estadía de la madre y el recién nacido como *pacientes hospitalizados* son tomadas únicamente por el médico tratante y la madre (no por el *plan*).
- Gastos de enfermería de rutina para recién nacidos saludables.*
- Atención adecuada del recién nacido.* Esto incluye: atención pediátrica; circuncisión de rutina

proporcionada por un médico; y pruebas de audición para recién nacidos realizadas por un *proveedor de la red* antes de que al recién nacido (un infante de menos de tres meses de edad) le den de alta del hospital, o según lo establecido por las regulaciones del Departamento de Salud Pública de Massachusetts.

- Una visita al hogar por un *proveedor de la red* que sea: enfermera especializada; médico; o partera certificada de la red. Visitas adicionales al hogar por *proveedores de la red* cuando sea una *necesidad médica*. Estas visitas en el hogar pueden incluir: educación para los padres; asistencia y capacitación en lactancia materna o la alimentación con biberón; y pruebas necesarias y apropiadas.

Si usted está inscrito en un paquete de beneficios que no permite a los suscriptores inscribir a los recién nacidos como *dependientes*: para los recién nacidos, el *plan* cubre los gastos de enfermería de rutina para recién nacidos y atención a recién nacidos saludables. El recién nacido debe estar inscrito en el *plan* dentro de los siguientes 30 días después de la fecha de nacimiento para que el *plan* cubra otros servicios *médicamente necesarios* prestados al recién nacido.

Nota: Usted no deberá viajar fuera del *área de servicio*:

- después de su semana 37 de embarazo; o bien
- en cualquier momento después de que su proveedor le haya indicado que usted presenta riesgo de un parto prematuro.

No hay cobertura para el parto (incluida la atención después el parto y la atención que se da al recién nacido) o problemas durante el embarazo fuera del *área de servicio*: después de su semana 37 de embarazo; en cualquier momento después de que su proveedor le haya indicado que usted presenta riesgo de parto prematuro.

Para obtener servicios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados: consulte “Servicios de trastorno de salud mental y por consumo de sustancias” más adelante en este capítulo 3.

Atención prolongada: El *plan* cubre atención *médicamente necesaria* en un centro de atención prolongada **hasta cualquier límite de beneficios en su Esquema de Beneficios**. Un centro de atención prolongada es: un centro de cuidados especializados de enfermería; un hospital de rehabilitación; o un hospital para enfermedades crónicas. Usted debe necesitar la atención diaria de enfermería especializada para *pacientes hospitalizados* o servicios de rehabilitación. La cobertura incluye:

- habitación semiprivada y comidas;
- servicios del centro de atención; y
- el uso de equipo médico duradero mientras se encuentre en el centro.

Nota: Es posible que usted ya no necesite servicios hospitalarios de cuidado intensivo, pero no pueda ser transferido a un centro de atención médica prolongada debido a que no hay cama disponible. En tal caso, el *plan* puede hacer arreglos para que el hospital donde se encuentra le proporcione servicios de atención prolongada hasta que dicha cama esté disponible. Estos días adicionales en el hospital de cuidados agudos le contarán para los *límites de beneficios* de atención prolongada correspondientes.

Exclusiones relacionadas con toda la atención de pacientes hospitalizados: El *plan* no cubre lo siguiente en relación con la admisión de un paciente hospitalizado:

- Artículos personales. Los ejemplos incluyen: teléfono; y gastos de televisión.
- Servicios de atención privada de enfermería.
- Todos los gastos que excedan la tarifa de habitación semiprivada, salvo cuando una habitación privada sea médicamente necesaria.
- Atención asistencial o de descanso.
- Gastos posteriores al alta del hospital
- Gastos posteriores a la fecha en que usted ya no es un *miembro* del *plan*.

SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS:

Autorización previa del revisor autorizado del plan: ciertos servicios cubiertos para pacientes ambulatorios requieren autorización previa (aprobación) de un revisor autorizado del plan. Si el proveedor del servicio no obtiene la autorización previa, el plan no cubrirá el servicio. Siempre consulte con su proveedor para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria.

Aborto: El *plan* cubre:

- Aborto
- Atención relacionada con el aborto
- El aborto y servicios de atención relacionados con el aborto no están sujetos a ningún *costo compartido*

Servicios de atención para la alergia: El *plan* cubre:

- Pruebas para alergias.
- Tratamiento de alergias.
- Inyecciones contra alergias.
- Pruebas de sensibilidad. Limitados a uno por *año de beneficios*.
- Exámenes de sangre y de función pulmonar. Limitados a tres por *año de beneficios*.

Servicios de ambulancia: El *plan* cubre:

- El transporte terrestre de ambulancia al centro médico más cercano para asistencia médica de *emergencia*. (El transporte por ambulancia aérea está cubierto únicamente cuando no se puede utilizar un servicio de ambulancia terrestre para acceder al *miembro*; o cuando estas formas de transporte son médicamente necesarias para su afección médica de *emergencia*).
- Servicios de ambulancia para trasladar al *miembro* que está siendo dado de alta de un centro para pacientes hospitalizados y es ingresado en otro centro para pacientes hospitalizados.
- Cuando sea médicamente necesario, ambulancia aérea que no sea de *emergencia* u otro transporte aéreo para llevar al *miembro* de un centro para pacientes hospitalizados a otro centro para pacientes hospitalizados para recibir *servicios cubiertos*.

Exclusiones relacionadas:

- Transporte hacia o desde las citas médicas (excepto cuando esté cubierto según se describió anteriormente).
- Transporte por taxi o transporte público.

Servicios para el trastorno del espectro autista: consulte "Servicios de trastorno de salud mental y por consumo de sustancias" más adelante en este Capítulo.

Rehabilitación cardíaca: El *plan* cubre la rehabilitación cardíaca de pacientes ambulatorios. Los miembros deben cumplir con los criterios establecidos por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Su primera visita debe ser dentro de las 26 semanas de la fecha en que usted fue diagnosticado por primera vez con una enfermedad cardiovascular o después de un evento cardíaco. El *plan* cubre:

- Fase de convalecencia del programa de rehabilitación del paciente ambulatorio, luego de que se lo dio de alta en el hospital.
- Fase del programa de pacientes ambulatorios que aborda: la reducción de riesgos múltiples, la adaptación a la enfermedad, y el ejercicio terapéutico.

Exclusiones relacionadas:

- La fase del programa que mantiene la salud cardiovascular rehabilitada.
- Cuotas del club de acondicionamiento físico o de salud.
- Equipo para ejercicios.

Quimioterapia y radioterapia: El *plan* cubre la quimioterapia y la radioterapia ambulatoria.

Atención quiropráctica: El *plan* cubre los siguientes servicios para *pacientes ambulatorios* cuando son suministrados por un quiropráctico autorizado para suministrar el servicio cubierto específico:

- Manipulación de la columna.
- Radiografías de diagnóstico que no sean imágenes por resonancia magnética (IRM). Tomografía computarizada axial (exploraciones de TC) y otras pruebas con imágenes.
- Servicios de tratamiento médico de apoyo para pacientes ambulatorios.

Labio leporino y paladar hendido: El *plan* cubre los siguientes tratamientos médicos, dentales, cirugía oral y el tratamiento de ortodoncia de carácter ambulatorio para los *miembros* que sean niños menores de 18 años de edad, únicamente cuando sea una necesidad médica y consiguiente al tratamiento de labio leporino, paladar hendido o ambos:

- Servicios médicos para pacientes ambulatorios que incluyen, entre otros:
 - Servicios de audiología.
 - Servicios de nutrición.
 - Terapia del habla.
 - Cirugía oral y facial y tratamiento quirúrgico y atención de seguimiento relacionados.
- Servicios dentales y de ortodoncia para pacientes ambulatorios que incluyen, entre otros:
 - Servicios preventivos y de restauración para garantizar la buena salud y estructuras dentales adecuadas para el tratamiento de ortodoncia o terapia de manejo de prótesis.
 - Tratamiento y manejo de ortodoncia.

Autorización previa: Algunos servicios para el tratamiento del labio leporino y paladar hendido requieren autorización previa. Siempre consulte con su proveedor para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria del *plan*.

Exclusiones relacionadas:

- Procedimientos cosméticos, excepto cuando sea necesario para mejorar o restablecer la función fisiológica dañada como resultado de labio leporino, paladar hendido o ambos.
- Tratamiento de ortodoncia o dental no relacionado con el manejo de las afecciones congénitas de labio leporino y paladar hendido.

Ensayos clínicos: El *plan* cubre los servicios para *miembros* inscritos en un estudio clínico calificado o aprobado para el tratamiento de cualquier forma de cáncer u otra enfermedad o afección que amenace la vida. La cobertura se proporcionará según los términos y condiciones en la ley de Massachusetts (capítulo 175, M.G.L. sección 110 L) o la Ley de Cuidado de Salud Asequible (42 USC, sección 300gg-8). Los siguientes servicios están cubiertos:

- Los servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su afección; que están de acuerdo con el protocolo de estudio de la prueba clínica; y para los que la cobertura, de otra manera, está disponible en el *plan*.
- Los costos razonables de un medicamento o dispositivo de investigación que ha sido aprobado para su uso en el estudio clínico; sin embargo, la cobertura es solo en la medida en que el medicamento o dispositivo no es pagado por su distribuidor, fabricante o el proveedor.

Servicios dentales: El *plan* cubre únicamente los siguientes servicios dentales:

Servicios dentales de emergencia: El *plan* cubre los siguientes servicios dentales de *emergencia* únicamente cuando: hay una lesión traumática en los dientes sanos, naturales y permanentes causada por una fuente externa a la boca; y los servicios dentales de *emergencia* son proporcionados por un médico en una sala de *emergencias* de un hospital o sala de operaciones dentro de las siguientes 48 horas después de la lesión:

- radiografías; y

- *cirugía oral de emergencia* relacionada con la reparación de tejidos dañados y/o la reposición de dientes desplazados o fracturados.

Cirugía para pacientes hospitalizados o ambulatorios por servicios dentales no cubiertos: El

plan cubre los gastos del centro médico (y gastos médicos relacionados, como radiología, laboratorio y anestesia) solo cuando son médicamente necesarios, debido a que usted tiene una afección médica no dental grave, para que sea admitido:

- en un hospital de la *red*;
- en una unidad de cirugía de atención por día de un *hospital de la red*; o bien
- en un centro de cirugía ambulatoria de la *red* como paciente ambulatorio para que usted reciba servicios dentales no cubiertos. El *plan* no cubre los servicios dentales.

Los ejemplos de afecciones médicas no dentales graves incluyen: hemofilia y enfermedad cardíaca.

Labio leporino y paladar hendido: El *plan* cubre servicios de ortodoncia y dentales (incluida la odontología preventiva y de restauración) médicamente necesarios para tratamiento de labio leporino y paladar hendido. Consulte "Labio leporino y paladar hendido" anteriormente en este Capítulo para obtener más detalles.

Odontología pediátrica: este *plan* INCLUYE cobertura de servicios dentales pediátrica de acuerdo con la Ley federal de Cuidado de Salud Asequible y Protección al Paciente para *miembros* menores de 18 años. Un *miembro* es elegible para este beneficio hasta el fin del mes calendario en el que cumple 19 años. La cobertura se proporciona para los servicios odontológicos pediátricos que se describen a continuación. Los *costos compartidos* se aplican a servicios Tipo II, Tipo III y Tipo IV. El *deducible* se aplica solo a los servicios Tipo II y Tipo III. Los servicios Tipo I están cubiertos en su totalidad. Hay cobertura parcial para tratamiento de ortodoncia como se indica en el Tipo IV a continuación. La cobertura descrita incluye lo siguiente:

Servicios Tipo I: prevención y diagnóstico	Servicios Tipo II: servicios básicos cubiertos	Servicios Tipo III: servicios restaurativos importantes	Servicios Tipo IV: Ortodoncia
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación integral • Exámenes orales periódicos • Evaluación oral limitada • Evaluación oral para menores de 3 años de edad • Radiografía de boca completa • Radiografía panorámica • Radiografías de mordida • Radiografía de un solo diente • Limpieza de dientes • Tratamientos con flúor • Retenedores de espacio • Sellantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Restauración de amalgamas • Restauraciones de resina compuesta • Recementación de coronas y recubrimientos • Rebase de dentaduras postizas • Endodoncia en dientes permanentes • Coronas de acero inoxidable prefabricadas • Raspado y alisado radicular • Extracciones simples • Extracciones quirúrgicas • Pulpotomía vital • Apicectomía • Cuidados paliativos • Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> • Corona, resina • Coronas de porcelana/cerámica • Coronas de porcelana fundida sobre metal/noble/muy resistente • Dentaduras postizas parciales o totales 	<p>(Solo cubierto cuando es médicamente necesario; el paciente debe tener una maloclusión discapacitante según lo definido por el puntaje del Índice HLD de 28 y/o uno o más calificadores automáticos; requiere autorización previa)</p>

Tratamiento para la diabetes: El *plan* cubre lo siguiente para *miembros* con diabetes si estos son *médicamente necesarios* para diagnosticar o tratar: insulino dependientes; diabetes tratada con insulina; no insulino dependientes; o

diabetes gestacional.

- Servicios educativos y entrenamiento de autogestión para pacientes ambulatorios con diabetes. Esto incluye la terapia de nutrición médica. Estos deben ser proporcionados por un *proveedor de la red* que es un proveedor certificado en diabetes.
- Servicios de podología para tratar afecciones podiátricas para los *miembros* con diagnóstico de diabetes, que incluyen: pruebas de diagnóstico de laboratorio y radiografías; cirugía y atención posoperatoria necesaria; atención de rutina de los pies (tales como recorte de callos, uñas y otra atención higiénica); y otra atención de los pies que sea médicamente necesaria.
- De acuerdo con el beneficio de laboratorio del *plan*, el *plan* cubre: pruebas de laboratorio de la diabetes, incluidas pruebas de hemoglobina glicosilada o HbA1c; y perfiles de lípidos y microalbúmina/proteína de la orina.
- De acuerdo con el beneficio del equipo médico duradero del *plan*, el *plan* cubre: bombas de insulina y suministros de la bomba de insulina; agujas y jeringas de insulina; lancetas y tiras reactivas para diabéticos; monitores de glucosa en sangre para uso en el hogar; sintetizadores de voz cuando sean médicamente necesarios para uso en el hogar para el individuo legalmente ciego.
- Lentes de aumento cuando sean médicamente necesarios para uso en el hogar para el individuo legalmente ciego.
- De acuerdo con el beneficio de prótesis del *plan*, el *plan* cubre: calzado terapéutico y moldeado, así como plantillas para la enfermedad diabética severa de los pies. Los zapatos/plantillas deben ser: recetados por un podiatra de la *red* u otro médico calificado; y proporcionados por un podiatra, ortopeda, protesista o pedortista de la *red*.
- De acuerdo con el beneficio de medicamentos con receta médica del *plan*, el *plan* cubre: medicamentos orales para la diabetes con receta que tienen influencia en los niveles de azúcar en la sangre; insulina; agujas y jeringas de insulina; lápiz de insulina lancetas; y tiras de monitoreo de glucosa en sangre, glucosa en la orina y cetonas.

Nota en relación con ciertos suministros de diabetes: cuando se obtienen de una farmacia de la *red*, ciertos suministros para la diabetes están cubiertos por su beneficio de medicamentos con receta médica; cuando se obtienen de un *proveedor* de DME de la *red*, estos materiales están cubiertos bajo su beneficio de equipo médico duradero. Algunos ejemplos son: agujas y jeringas de insulina; y lancetas y tiras reactivas para diabéticos.

Diálisis: El *plan* cubre lo siguiente:

- Diálisis renal para pacientes ambulatorios en un: hospital de la *red*; o centro de diálisis independiente.
- Diálisis en el hogar. Esto incluye suministros médicos no duraderos, como: solución y membrana de diálisis; cánulas y medicamentos que se necesitan durante la diálisis; y el costo de instalar, mantener o reparar el equipo de diálisis. El *plan* decide si se alquila o se compra el equipo.

Si está temporalmente fuera del *área de servicio*, el *plan* cubre la diálisis hasta por un mes por *año de beneficio*. Primero, usted debe hacer arreglos previos necesarios con su *proveedor de la red*, y su *proveedor de la red* debe obtener aprobación previa de un *revisor autorizado del plan*.

Cuando la ley federal permite que Medicare sea el asegurador primario, usted debe enviarnos su solicitud para Medicare. Usted también debe pagar cualquier *prima* de Medicare. Cuando Medicare es el asegurador primario (o sería el primario si usted se hubiese inscrito puntualmente): el *plan* cubrirá únicamente los costos que superan lo que tendría que pagar Medicare.

Exclusiones relacionadas con la diálisis en el hogar:

- Costos para obtener o suministrar electricidad, agua o sistemas de eliminación de desechos.
- Costos de una persona para que ayude con la diálisis.
- Hemodiálisis en el hogar.

Equipo médico duradero (DME) y órtesis: El *plan* cubre el DME *médicamente necesario*. El DME deberá

ser recetado por un médico de la *red*. El *plan* decidirá si el DME se alquila o se compra. El DME debe comprarse o alquilarse de un *proveedor de la red*.

El DME se define como los aparatos o instrumentos de naturaleza duradera, que deben ser:

- capaces de soportar el uso repetido;
- razonables y necesarios para sostener un límite mínimo de vida cotidiana *independiente*;
- usados principalmente para un propósito médico;
- generalmente innecesarios en ausencia de una enfermedad o lesión;
- aptos para usarse en el hogar; y
- *médicamente necesarios* para usted.

La cobertura de DME está disponible únicamente para:

- El DME menos costoso que le permita dedicarse a las actividades de la vida diaria. Si el *plan* decide que usted eligió un DME que cuesta más que el DME menos costoso que le permita dedicarse a actividades de la vida diaria, el *plan* pagará únicamente por los costos que se hubieran pagado por el DME menos costoso que cumpla con sus necesidades. En este caso, usted tendrá que pagar los gastos del proveedor que superen el monto autorizado por el *plan*.
- Un artículo de cada clase de equipo que se adapte a sus necesidades. (No hay cobertura para ningún artículo o elemento de respaldo que sirva un propósito duplicado).
- Reparación y mantenimiento del DME cubierto.

Los siguientes son **ejemplos** de DME con cobertura y sin cobertura: (llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la cobertura de un equipo en particular de DME).

El DME con cobertura incluye lo siguiente:

- Sillas de ruedas.
- Muletas, bastones, andadores.
- Equipo para tratar enfermedades respiratorias y administrar oxígeno.
- Camas de hospital.
- Bombas de insulina y suministros de la bomba de insulina; agujas y jeringas de insulina; lancetas y tiras de prueba de insulina; monitores de glucosa en sangre para uso en el hogar; sintetizadores de voz cuando sean médicamente necesarios para uso en el hogar para el individuo legalmente ciego.
- Algunos tipos de aparatos ortopédicos.
- Órtesis que no sea para los zapatos o los pies.
- Bombas sacaleche y materiales relacionados (cubiertos bajo el beneficio de "Servicios de salud preventiva", a continuación)

Nota en relación con ciertos suministros para la diabetes: Cuando se obtienen de una *farmacia de la red* ciertos suministros para la diabetes están cubiertos por su beneficio de medicamentos con receta médica; cuando se obtienen de un *proveedor de DME de la red*, estos materiales están cubiertos bajo su beneficio de DME. Algunos ejemplos son: agujas y jeringas de insulina; y lancetas y tiras reactivas para diabéticos.

Exclusiones relacionadas:

- Artículos de comodidad o conveniencia.
- Almohadillas de calor, botellas de agua caliente.
- Órtesis para los zapatos y los pies; soportes de arco; plantillas para zapatos; o ajustes, yeso y otros servicios relacionados con dispositivos para los pies (excepto para *miembros* con enfermedad grave de pie diabético).
- Bacinicas y barandas para camas.
- Equipo para ejercicios.
- Equipo para deportes o para propósitos de empleo.
- Pelucas (o peluquines) para la pérdida de cabello debido a: calvicie masculina o femenina; o por

envejecimiento natural o prematuro.

Servicios de intervención temprana: El *plan* cubre los servicios de intervención temprana proporcionados por un *proveedor de la red*. Estos servicios deben ser un programa de intervención temprana que cumpla con los estándares del Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Este beneficio es únicamente para *miembros* hasta los 2 años de edad que cumplen con los criterios establecidos. No hay ningún *costo compartido*. Los servicios de intervención temprana incluyen lo siguiente:

- Fisioterapia.
- Terapia del habla.
- Terapia ocupacional.
- Atención de enfermería.
- Orientación psicológica.

Nota: Los límites de beneficios correspondientes a terapias de rehabilitación no se aplican a servicios de intervención temprana.

Servicios de emergencia: El *plan* cubre servicios de *emergencia* en una sala de *emergencia*.

- Usted siempre tiene cobertura para recibir atención médica en caso de *emergencia*. Usted no necesita autorización previa o derivación de su *PCP*. En caso de *emergencia*, usted debe dirigirse a la sala de *emergencia* más cercana; o llamar al 911 o a otro número local de *emergencia*.
- El *plan* brinda cobertura para todos los programas de servicios de *emergencia* para jóvenes y adultos. Estos son todos programas para servicios psiquiátricos de *emergencia* basados en la comunidad, que incluyen, entre otros, evaluaciones de crisis de salud del comportamiento, servicios de intervención y estabilización las 24 horas, los 7 días de la semana, mediante (i) servicios móviles de intervención de crisis para jóvenes, (ii) servicios móviles de intervención de crisis para adultos, (iii) ubicaciones basadas en la comunidad de proveedores de servicios de *emergencia*, y (iv) servicios comunitarios de estabilización de crisis para adultos.
- El *plan* proporciona cobertura para servicios de posestabilización. Estos son *servicios cubiertos* que se necesitan para estabilizar su afección después de una *emergencia* hasta el momento que su médico tratante decida que usted tiene la estabilidad suficiente para transferirle o darle de alta.

Costos compartidos: consulte su Esquema de beneficios para obtener información acerca de montos específicos de *costo compartido*.

- El costo compartido corresponde para atención de *emergencia* que usted obtenga en una *sala de emergencia* o para servicios de observación en un hospital sin el uso de la sala de *emergencia*. Consulte el Esquema de beneficios para conocer el *costo compartido correspondiente*.
- El *costo compartido* se aplica incluso si usted va a una sala de *emergencia* para una atención que no es de emergencia.
- Los *copagos* por *servicios de emergencia*, si los hubiera, no se aplican si usted es admitido como *paciente hospitalizado* inmediatamente después de recibir *servicios de emergencia* en una sala de emergencias. Sin embargo, cualquier *costo compartido* correspondiente a la atención de pacientes hospitalizados se aplicará a su estadía como paciente hospitalizado.
- Si usted obtiene *servicios cubiertos de emergencia* de una sala de emergencias de un *hospital* que no pertenece a la *red*, el *plan* pagará hasta el monto autorizado. Usted paga el *costo compartido* correspondiente.

Definición de emergencia: consulte el apéndice A para la definición de *emergencia*.

Aviso para el PCP o el Plan: si usted recibe atención de *emergencia* en un centro de *emergencias* (dentro o fuera del *área de servicio*), pero no es admitido en el hospital, usted o alguna persona que actúe en su nombre debe llamar a su *PCP* después de recibir la atención. Esto ayuda a su *PCP* a proporcionarle o realizar arreglos para que usted reciba cualquier tratamiento de seguimiento.

Si usted recibe atención de *emergencia* en un centro de emergencias (dentro o fuera del *área de servicio*) Y ADEMÁS es admitido como **paciente hospitalizado** en un centro que no pertenece a la *red*: usted o alguna persona que actúe en su nombre **DEBE** llamar al *plan* en un plazo de 2 días hábiles posteriores a su admisión. Esto es esencial para que el *plan* pueda: manejar y coordinar su atención médica, y coordinar cualquier transferencia médicamente apropiada. (Nota: Un aviso de parte del proveedor de servicios de *emergencia* a su *PCP*, al *plan* o, en el caso de servicios de *emergencia* de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias, a Carelon, cumple con su requisito de notificar al *plan*).

Transferencia: después de la atención de *emergencia* si se le admite en un centro que no es un *proveedor de la red*, y su *PCP* determina que la transferencia es apropiada, se le va a transferir a un centro de la *red*. El *plan* no pagará la atención que usted reciba como paciente hospitalizado en el centro en el que fue admitido inicialmente después de que su *PCP* haya determinado que una transferencia es médicamente apropiada y se hayan hecho los arreglos para la transferencia.

Servicios de planificación familiar: El *plan* cubre los siguientes servicios de planificación familiar para *pacientes ambulatorios* cuando se reciben de una *red*: de servicios: médico (*PCP*, obstetra o ginecólogo), enfermera especializada o partera certificada:

- Exámenes médicos de rutina.
- Consultas médicas.
- Pruebas de diagnóstico.
- Pruebas de embarazo.
- Orientación sobre planificación familiar.
- Pruebas genéticas y asesoría relacionada: para ciertos trastornos hereditarios genéticamente vinculados, cuando los resultados de las pruebas afectarán directamente la atención que usted reciba. El *miembro* debe tener un factor de riesgo directo o síntomas del trastorno.
- Anticonceptivos con receta médica y que no requieren receta cuando le sean proporcionados por un *proveedor de la red* durante una visita al consultorio. Algunos ejemplos son: implantes anticonceptivos; dispositivos intrauterinos; diafragmas; gorros de cuello del útero; medicamentos de control de la natalidad inyectables; y otros dispositivos anticonceptivos médicamente necesarios que han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos.

Notas: Muchos servicios de planificación familiar están cubiertos como "Servicios de salud preventiva", incluidos anticonceptivos con receta médica, como por ejemplo: parches y píldoras anticonceptivas. Consulte "Servicios de salud preventiva" a continuación.

Para cobertura de terminación del embarazo (abortos) y esterilización voluntaria masculina: consulte "Cirugía para pacientes ambulatorios" más adelante en este capítulo. Para cobertura de la esterilización voluntaria femenina: consulte "Servicios de salud preventiva" más adelante en este capítulo. Para cobertura de los servicios de infertilidad: consulte "Servicios de infertilidad" más adelante en este capítulo.

Exclusiones relacionadas:

- Reversión de la esterilización voluntaria.
- Servicios u honorarios relacionados con una madre sustituta para lograr el embarazo.
- Control de la natalidad que, por ley, no requiere una receta médica. (Excepción: cuando se la administra a usted un *proveedor de la red* durante una visita al consultorio).

Servicios de reasignación sexual o cambio de sexo: el *plan* proporciona la cobertura de servicios de atención médica para la identidad e incongruencia de género médicamente necesarios. Los servicios están sujetos a la autorización del *plan*.

Aparatos de corrección auditiva para niños: El *plan* proporciona cobertura para el costo de los aparatos de corrección auditiva para *miembros* de 21 años de edad o menos. La cobertura incluye todos los servicios relacionados recetados por un audiólogo autorizado o especialista en instrumentos para la audición, incluida la evaluación inicial para

aparatos de corrección auditiva, adaptación y ajustes, y materiales que incluyen moldes para oídos. Las baterías y líquidos de limpieza para aparatos de corrección auditiva no están cubiertos.

Se aplican límites de beneficios. Consulte el Esquema de beneficios para conocer el *límite del beneficio*. Una vez que usted llegue a su *límite de beneficio*, no se proporcionarán más beneficios para el costo de aparatos de corrección auditiva y servicios relacionados.

Exámenes de audición (audiología): el *plan* cubre exámenes y evaluaciones realizadas por un *PCP* o un especialista de audición de la *red*.

Atención médica en el hogar: El *plan* cubre los siguientes servicios de atención médica en el hogar cuando:

- el *miembro* está confinado en su hogar por razones médicas;
- confinado significa que su afección médica normalmente le impide salir de la casa; o que dejar su hogar requiere un esfuerzo sustancial.
- su *PCP* ordena un *plan* de servicios de atención médica en el hogar que incluye la atención de tiempo parcial de enfermeras especializadas como parte esencial de su tratamiento; y
- existe un objetivo médico establecido por su *PCP*, que él o ella esperan razonablemente que usted cumpla.

Cuando usted califica para recibir atención médica en el hogar, el *plan* cubrirá lo siguiente:

- Visitas de enfermeras especializadas de tiempo parcial; tantas visitas como sea *médicamente necesario*.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla de tiempo parcial, cuando estos servicios: sean un componente de enfermería especializada médicamente necesario; y sean necesarias para restablecer la función perdida o deficiente debido a su enfermedad o lesión.
- Trabajo social médico.
- Consulta nutricional.
- Los servicios de asistencia de salud en el hogar de tiempo parcial *médicamente necesarios*, mientras usted recibe terapias de enfermería especializada o de rehabilitación en su hogar.
- Visitas al hogar por parte de un médico de la *red*.
- Terapia de inhalación.
- Terapia de infusión en el hogar.
- Terapia nutricional parenteral total.

Además, de acuerdo con el beneficio DME del *plan* el DME está cubierto cuando se determina que es componente *médicamente necesario* de los servicios de enfermería y fisioterapia. Consulte el Esquema de beneficios para conocer el costo compartido del DME.

Exclusiones relacionadas:

- *Atención asistencial.*
- Servicios de limpieza.
- Reparaciones del hogar.
- Comidas.
- Atención de relevo.
- Atención privada de enfermería.
- Asistentes de cuidado personal.
- Servicios domésticos.

Servicios de cuidados paliativos: el *plan* cubre los servicios de cuidados paliativos, según la ley de Massachusetts, descritos a continuación.

La cobertura es para *miembros* que tienen una enfermedad terminal. (Enfermo terminal significa que una persona tiene una expectativa de vida de seis meses o menos, según lo certifique un médico de la *red* de servicios).

Los servicios de cuidados paliativos son un programa de servicios autorizado y coordinado durante la vida de un

miembro con una enfermedad terminal. El *miembro* y su médico deben acordar un *plan* de atención que se centre en el control del dolor y alivio de los síntomas, y no en un tratamiento para curar la afección del *miembro*. Los servicios pueden ser proporcionados:

- en el hogar;
- como paciente ambulatorio; o bien
- como paciente hospitalizado a corto plazo. (Esto es solo cuando sea médicamente necesario para controlar el dolor, manejar problemas clínicos agudos y graves que por razones médicas, no se pueden manejar en el hogar).

Los servicios cubiertos se proporcionan de acuerdo con la ley de Massachusetts, de la siguiente manera:

- Servicios de médicos. (Estos tienen cobertura cuando la afección o el diagnóstico no están relacionados con la afección o el diagnóstico por el que recibe servicios de cuidados paliativos).
- Atención de enfermería especializada.
- Servicios de trabajo social.
- Visitas de atención médica en el hogar médicamente necesarias.
- Atención de relevo. (Esta atención se brinda al paciente de cuidados paliativos para aliviar a la familia o persona que lo atiende en las funciones de cuidado).
- Servicios voluntarios.
- Servicios de orientación. (Incluye terapia de duelo para la familia del *miembro* hasta por un año después de que el *miembro* haya fallecido).
- Atención privada de enfermería.
- Servicios de asistencia de cuidado personal.

Además:

- El DME está cubierto por el beneficio de DME del *plan*.
- Los medicamentos con receta médica están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta médica del *plan*.

Visitas a domicilio: El *plan* cubre las visitas a domicilio cuando sean médicamente necesarias. Los proveedores incluyen asistentes médicos, *PCP* y enfermeras especializadas. Las visitas a domicilio están sujetas al *costo compartido* de la visita al consultorio correspondiente. Su *PCP* debe hacer los arreglos para las visitas a domicilio.

Inmunizaciones: El *plan* cubre:

- Vacunas de rutina preventivas. (Consulte beneficios de Servicios de salud preventiva).
- Vacunas médicamente necesarias.

Servicios de infertilidad para residentes de Massachusetts:

El *plan* cubre el diagnóstico y tratamiento de infertilidad. Los servicios deben ser proporcionados por *proveedores de la red* de acuerdo con la ley de Massachusetts.

“Infertilidad” se define como: la condición de una *persona* que no puede concebir o producir concepción durante un período de:

- 1 año si la mujer tiene 35 años o menos; o bien
- 6 meses si la mujer es mayor de 35 años de edad.

Para propósitos de cumplir con los criterios de infertilidad: si una persona concibe, pero no puede llevar el embarazo a un parto vivo, el período de tiempo en que la persona intentó concebir antes de lograr ese embarazo se debe incluir en el cálculo del período de 1 año o 6 meses, según corresponda.

Los servicios de infertilidad son *servicios cubiertos* únicamente para *miembros* diagnosticados con infertilidad y:

- que son residentes de MA;
- que cumplen con los criterios de revisión clínica del *plan* para la cobertura de los servicios de infertilidad, que se basan en el historial médico del *miembro*, pruebas de diagnóstico y evaluaciones médicas;

- que cumplen con los requisitos de elegibilidad de los proveedores de servicios de infertilidad de la *red*;
- con respecto a la obtención y procesamiento de los óvulos, el semen u óvulos inseminados o bancos de embriones o semen de donantes: en la medida en que los costos de dichos servicios no estén cubiertos por el seguro de salud del donante u otra cobertura de salud y el *miembro* esté en tratamiento de infertilidad activo.

El *plan* cubre los siguientes servicios de infertilidad médicamente necesarios:

- Los siguientes servicios y materiales proporcionados en relación con una evaluación y/o tratamiento de infertilidad:
 - procedimientos y pruebas de diagnóstico;
 - inseminación artificial (intracervical o intrauterina) cuando se hace con el semen de alguien que no es donante (pareja); y/o
 - obtención, procesamiento y almacenamiento a largo plazo (más de 90 días) del espermatozoides cuando está asociado con el tratamiento activo de infertilidad.
- Los siguientes procedimientos cuando son aprobados con antelación por un *revisor autorizado del plan* de acuerdo con los criterios de revisión clínica del *plan*:
 - inseminación artificial (intracervical o intrauterina) cuando se realiza con semen de donante* y/o gonadotropinas; y
 - obtención y procesamiento de óvulos u óvulos inseminados y banco de embriones cuando está asociado con el tratamiento activo de la infertilidad.

* El espermatozoides de donante únicamente está cubierto cuando: la pareja tiene un diagnóstico de infertilidad por factor masculino o el espermatozoides de donante se utiliza como una alternativa para el PGD (diagnóstico genético de preimplantación, por sus siglas en inglés) cuando una pareja cumple con los criterios para PGD.

- Los siguientes procedimientos de ART ('tecnología de reproducción asistida', por sus siglas en inglés)* cuando son aprobados con anticipación por un *revisor autorizado del plan* de acuerdo con los criterios de revisión clínica del *plan*:
 - En la fertilización in vitro y transferencia embrionaria (IVF-ET, por sus siglas en inglés).
 - En conjunto con IVF, PGD está cubierto cuando se sabe que cualquiera de los miembros de la pareja es portador de ciertos trastornos genéticos.
 - Transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés).
 - Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la infertilidad de factor masculino.
 - Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés).
 - Transferencia de embrión congelado (FET, por sus siglas en inglés).
 - Óvulo de donante (DO, por sus siglas en inglés).
 - Criopreservación de óvulos.
 - Incubación asistida.

* Los procedimientos ART incluyen: evaluación de diagnóstico; exámenes; estimulación de los ovarios; recuperación de óvulo; obtención y procesamiento de espermatozoides y óvulos u óvulos inseminados; transferencia de embriones; y banco de embriones adicionales cuando está asociado con el tratamiento activo de la infertilidad.

- Por su beneficio de medicamentos con receta médica: los medicamentos orales e inyectables que se utilizan en el tratamiento de los servicios cubiertos de la infertilidad están cubiertos cuando el *miembro* ha sido aprobado para el tratamiento de infertilidad cubierto y cuando se obtienen de una farmacia de la *red*. Consulte el Esquema de beneficios para conocer el *costo compartido* correspondiente.

Exclusiones relacionadas:

- Servicios de infertilidad para cualquier *miembro* que no es un residente de MA.
- Cualquier procedimiento experimental para la infertilidad. Esto se define por el Reglamento de MA aplicable.
- Madre sustituta/portadora gestacional.

- Reversión de la esterilización voluntaria.

Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos diagnósticos ambulatorios: El *plan* cubre los siguientes servicios para *pacientes ambulatorios* para diagnosticar una enfermedad, lesión o embarazo. Algunas pruebas están sujetas a una autorización previa por un revisor autorizado del *plan*.

- Pruebas de laboratorio de diagnóstico.
 - Ejemplos: pruebas de hemoglobina glicosilada (HgbA1C); pruebas de proteína/microalbúmina de la orina; y perfiles lípidos para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes.
- Radiografías de diagnóstico y otras pruebas por imágenes.
 - Ejemplo: pruebas de fluoroscopia.
- Diagnóstico: exámenes CT/CTA, MRI/MRA; examen PET y NCI/NPI (diagnóstico cardíaco nuclear por imágenes). Nota: Para estas pruebas se requiere autorización previa.
- La prueba del antígeno leucocitario humano o el antígeno de punto de histocompatibilidad que se necesita para establecer la idoneidad de un donante para un trasplante de médula ósea. Esto incluye las pruebas para antígenos A, B o DR, o cualquier combinación, de acuerdo con los lineamientos del DPH de Massachusetts.

Síndrome de lipodistrofia: El *plan* cubre los siguientes medicamentos o drogas de tratamiento para corregir o reparar la alteración de la composición del cuerpo causada por el síndrome de lipodistrofia asociado al VIH:

- Cirugía reconstructiva, como lipectomía por succión asistida.
- Otros procedimientos reparadores e inyecciones dérmicas o rellenos para reparar el síndrome de lipodistrofia facial.

Terapia antibiótica de largo plazo: El *plan* cubre terapia antibiótica de largo plazo para un paciente con enfermedad de Lyme cuando se determine que sea médicamente necesaria y sea ordenada por un médico con licencia luego de una evaluación exhaustiva.

Alimentos bajos en proteínas: el *plan* cubre los productos alimentarios modificados para ser bajos en proteínas cuando lo ordena un médico y son médicamente necesarios para el tratamiento de enfermedades heredadas de aminoácidos y ácidos orgánicos.

Servicios por maternidad (pacientes ambulatorios): El *plan* cubre los siguientes servicios por maternidad para pacientes ambulatorios:

- Pruebas y exámenes prenatales: atención prenatal ambulatoria de rutina, incluida evaluación y examen de progreso; exámenes físicos; y registro de peso y supervisión de presión arterial.
- Exámenes y pruebas posnatales: atención de rutina ambulatoria posparto para la madre. Esto incluye consultas sobre lactancia.
- Clases para el parto.

Debe obtener la atención por maternidad para pacientes ambulatorios de un *proveedor de la red*. Su *proveedor de la red* debe hacer los arreglos para que reciba atención como paciente hospitalizada. (Consulte la sección anterior "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en este capítulo).

Nota: Algunos de los servicios anteriores se consideran servicios de salud preventiva. Consulte "Servicios de salud preventiva" más adelante en este capítulo para obtener más información.

Fórmulas médicas: El *plan* cubre lo siguiente en la medida que lo requiera la ley de MA (Massachusetts):

- Fórmulas entéricas sin receta, ordenadas por un médico para uso en el hogar, para el tratamiento de: mala absorción causada por la enfermedad de Crohn; colitis ulcerosa; reflujo gastroesofágico; motilidad gastrointestinal; pseudoobstrucción intestinal crónica; y enfermedades heredadas de aminoácidos y ácidos orgánicos.
- Fórmulas con receta médica para el tratamiento de: fenilcetonuria; tirosinemia; homocistinuria;

enfermedad urinaria del jarabe de arce; acidemia propiónica o acidemia metilmalónica en infantes y niños; o para proteger el feto nonato de las mujeres embarazadas con fenilcetonuria.

Suministros médicos: El *plan* cubre el costo de ciertos tipos de materiales médicos. Usted debe obtenerlos de un *proveedor de la red*. Los materiales médicos incluyen:

- suministros de ostomía;
- suministros para traqueotomía;
- suministros para catéteres;
- suministros para oxígeno; y
- suministros para bombas de insulina.

Notas: Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre si:

- un suministro médico en particular es un *servicio cubierto*; y
- un suministro médico en particular está cubierto por el beneficio de *medicamentos con receta médica*. (Consulte “Medicamentos con receta médica” más adelante en este capítulo).

Servicios de trastorno de salud mental y abuso de sustancias (paciente hospitalizado, intermedio y ambulatorio): El *plan* tiene contrato con Carelon Behavioral Health para administrar todos los servicios de trastornos de salud mental y abuso de sustancias para los *miembros*.

Cómo obtener atención: Si necesita servicios de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias, puede hacerlo de cualquiera de las siguientes maneras:

- Diríjase directamente a un *proveedor de la red* que brinde servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
- Llame a la línea gratuita del *plan* atendida por personal de Carelon para trastornos de salud mental y abuso de sustancias al 877-957-5600 para obtener ayuda para encontrar a un *proveedor de la red* las 24 horas del día.
- Llame a su *PCP* para que le ayude a encontrar un *proveedor de la red*.
- Llame o envíe un mensaje de texto a la Línea de ayuda de salud conductual (Behavioral Health Help Line, BHHL) 833-773-2445
- Visite el sitio web de Carelon (carelonbehavioralhealth.com); o siga el enlace en el sitio web del *plan* (wellsense.org) para buscar *proveedores de la red*.

En un caso de *emergencia*:

- Vaya al Centro de salud conductual de la comunidad (Community Behavioral Health Center, CBHC) o centro médico de *emergencia* más cercano; o
- Llame al 911 o al número local para servicios de *emergencia*.

Autorización previa:

- La cobertura para algunos servicios de trastorno de salud mental y abuso de sustancias está sujeta a autorización previa de un *revisor autorizado del plan*.
- Siempre consulte con su *proveedor* para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria de Carelon.
- Cualquier decisión de que un servicio de trastorno de salud mental o por consumo de sustancias solicitado no es *médicamente necesario* la tomará un *profesional autorizado de salud mental*.

Beneficios: El *plan* cubre servicios ambulatorios, de hospitalización e intermedios de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias médicamente necesarios para diagnosticar y tratar *trastornos mentales*. Esto incluye:

- *Trastornos mentales* de base biológica, que incluyen: esquizofrenia; trastorno esquizoafectivo; trastorno depresivo grave; trastorno bipolar; paranoia; trastorno de pánico; trastorno obsesivo-compulsivo; delirio y demencia; trastornos afectivos; trastornos alimentarios; trastorno por estrés postraumático; trastorno por consumo de sustancias; autismo y otros trastornos psicóticos u otros *trastornos mentales* de base biológica.
 - Nota sobre el ASD (trastorno del espectro autista): el *plan* brinda cobertura para ASD de acuerdo con la

ley de MA, que incluye lo siguiente:

- El ASD incluye cualquiera de los trastornos del desarrollo generalizados (según lo definido por la edición más reciente de la DSM), incluido el trastorno autista; trastorno de Asperger; y trastornos del desarrollo generalizados no especificados de otra manera.
- El diagnóstico de ASD incluye evaluaciones médicamente necesarias; evaluaciones (incluida la evaluación neuropsicológica); pruebas genéticas u otros exámenes para diagnosticar si un *miembro* tiene un ASD.
- El tratamiento para el ASD incluye: atención de habilitación o rehabilitación (incluye análisis de comportamiento aplicado);* atención farmacéutica (bajo el beneficio de medicamentos con receta médica); atención psiquiátrica (servicios directos o consultivos proporcionados por un psiquiatra autorizado); atención psicológica (servicios directos o consultivos proporcionados por un psicólogo autorizado); y atención terapéutica (servicios prestados por: terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas o trabajadores sociales autorizados o certificados). Los límites de beneficios correspondientes al beneficio de las terapias de rehabilitación no se aplican a los servicios de atención terapéutica proporcionados a *miembros* con ASD.
- Los servicios deben ser prestados por proveedores de servicios de autismo de la *red* (proveedores que tratan ASD). Estos incluyen analistas de comportamiento certificados de la junta;** psiquiatras; psicólogos; licencia o certificación de terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales; y farmacias. Sin embargo, en caso de que el *plan* no pueda proporcionar el acceso adecuado a proveedores de ASD de la *red*, los *miembros* deben llamar a Carelon al 877-957- 5600 para coordinar servicios de ASD *fuera de la red*.

* El análisis de comportamiento aplicado se define como el diseño, la ejecución y la evaluación de las modificaciones ambientales, mediante estímulos del comportamiento y las consecuencias, para producir una mejora socialmente significativa en el comportamiento humano. Esto incluye el uso de observación directa, medición y análisis funcional de la relación entre el ambiente y comportamiento.

** Se define como un analista conductual acreditado por la junta de certificación de analistas del comportamiento como un analista de comportamiento certificado de la junta.

- Trastornos emocionales o mentales relacionados con víctimas de violación o víctimas de un ataque con intento de violación.
- Para *miembros* que son menores de 19 años: *trastornos mentales* emocionales o de comportamiento sin base biológica que interfieren o limitan sustancialmente el funcionamiento e interacciones sociales de ese niño o adolescente; con la condición de que la interferencia o limitación esté documentada y la derivación por dicho diagnóstico y tratamiento sea realizada por el *PCP*, pediatra primario o un profesional de la salud mental autorizado de dicho niño o adolescente, o se evidencie por una conducta, que incluye, entre otras: (1) la incapacidad para asistir a la escuela como resultado de dicho trastorno; (2) la necesidad de hospitalizar al/a la niño(a) o adolescente como resultado de dicho trastorno; (3) un patrón de conducta o comportamiento causado por dicho trastorno que representa un serio peligro para sí mismo(a) o para los demás.
 - Tratamiento agudo de salud mental*
 - Tratamiento agudo en la comunidad (CBAT)*
 - Tratamiento agudo intensivo en la comunidad (ICBAT)*
 - Coordinación de atención intensiva
 - Equipo de estabilización familiar
 - Servicios conductuales en el hogar
 - Intervención móvil ante crisis
 - Tratamiento agudo basado en la comunidad para niños y adolescentes (CBAT, por sus siglas en inglés)
 - Tratamiento intensivo basado en la comunidad para niños y adolescentes
 - Servicios de mentoría terapéutica

Nota: El *plan* continuará proporcionando dichos beneficios para cualquier adolescente que participe en un curso de tratamiento continuo más allá de su cumpleaños número 19 hasta:

- que el curso del tratamiento, según se especifica en el *plan* de tratamiento, se complete, y
- mientras el *contrato* de beneficios bajo el cual dichos beneficios estuvieron disponibles en primera instancia se mantenga vigente, o esté sujeto a un *contrato* de beneficios posteriores que esté vigente.
- Todos los demás *trastornos mentales* sin base biológica.

Servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias: El *plan* cubre *servicios para pacientes ambulatorios* médicamente necesarios para diagnosticar y tratar *trastornos mentales*. (Los servicios incluyen desintoxicación y tratamiento con metadona para pacientes ambulatorios). Los servicios para *pacientes ambulatorios* se pueden proporcionar en una *red* de servicios: hospital autorizado; una clínica de trastorno de salud mental o abuso de sustancias autorizada por el DPH; un centro de salud mental de la comunidad público; un consultorio profesional; o servicios en el hogar. Los servicios están disponibles de cualquiera de los siguientes profesionales autorizados de la *red* que actúan dentro del ámbito de su licencia:

- Asesores de salud mental con licencia.
- Trabajadores sociales clínicos *independientes* con licencia.
- Enfermeras psiquiátricas con licencia que están certificadas como especialistas clínicas en enfermería de salud mental y psiquiátrica.
- Terapeutas de familia y de pareja con licencia.
- Psiquiatras.
- Psicólogos.

Los *servicios para pacientes ambulatorios* con base biológica y sin base biológica se prestan sin límites anuales, de vida o visita/unidad/día.

Servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados agudos*: El *plan* cubre servicios de trastornos por consumo de sustancias y salud mental para pacientes hospitalizados agudos que sean médicamente necesarios para *trastornos mentales*. Los *servicios para pacientes hospitalizados* con trastornos mentales se *pueden proporcionar en una red*: hospital general; hospital de salud mental o en un centro para abuso de sustancias. Los servicios para pacientes hospitalizados se proporcionan sin límites anuales, de por vida o por visita/unidad/día.

Servicios intermedios de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias: El *plan* cubre servicios intermedios médicamente necesarios para *trastornos mentales*. Los servicios intermedios son una variedad de servicios que no son para pacientes hospitalizados que proporcionan servicios más intensivos que los *servicios ambulatorios* y menos intensivos que los servicios para pacientes hospitalizados. Los servicios intermedios se proporcionan sin límites anuales, de por vida o por visita/unidad/día. Algunos ejemplos son:

- Tratamiento agudo en la comunidad (CBAT)*
- Tratamiento agudo intensivo en la comunidad (ICBAT)*
- Programas de tratamiento diurno.
- Programas de hospitalización parcial.
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de estabilización de crisis.
- Tratamiento agudo en la residencia, como tratamiento de fase aguda basado en la comunidad.
- Servicios de desintoxicación gestionada de forma clínica.
- Desintoxicación de nivel III basada en la comunidad.

Tratamiento asistido con medicación (MAT, por sus siglas en inglés) y servicios asociados.

- Las visitas de tratamiento asistido con medicación incluyen, entre otros, asesoramiento y exámenes de detección de drogas.

Medicamentos antagonistas opiáceos.

- Se ofrece cobertura para medicamentos antagonistas opiáceos aprobados para uso en un ámbito a domicilio o por parte de un profesional médico.

Otros servicios relacionados: El *plan* cubre:

- Servicios de manejo de medicamentos.
- Evaluación neuropsicológica y pruebas psicológicas.

Asesoramiento para dejar el cigarrillo y el tabaco: el *plan* cubre servicios de orientación individual y de grupo para *miembros* que fuman o consumen productos derivados del tabaco. También se cubren los medicamentos con receta relacionados. Consulte el beneficio de “medicamentos con receta médica” más adelante en este Capítulo. Para obtener información acerca de este beneficio, llame a Servicios para Miembros al 1-855-833-8120.

Exclusiones relacionadas:

- Atención asistencial.
- Psicoanálisis.
- Hipnoterapia.
- Terapias de relajación y masaje.
- Pruebas de desarrollo.
- Servicios por problemas de desempeño escolar.
- Servicios educativos o de pruebas.
- Servicios de salud mental brindados a un *miembro* que está en la cárcel, un correccional, prisión o centro de atención asistencial.
- Servicios de salud mental proporcionados por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts.
- Tratamiento residencial de largo plazo.
- Se excluyen los siguientes servicios de ASD:
 - Servicios de ASD proporcionados bajo:
 - un *plan* de servicio familiar *individualizado* (ISFP, por sus siglas en inglés);
 - un programa de educación *individualizada* (IEP, por sus siglas en inglés); o bien
 - un *plan* de servicio *individualizado* (ISP, por sus siglas en inglés).
 - Servicios de ASD proporcionados por el personal de la escuela.

Tenga en cuenta: los servicios con un asterisco () no requieren autorización previa, pero sí requieren que el centro notifique a WellSense de la admisión y el *plan* de tratamiento inicial dentro de las 72 horas de la admisión.

Examen de bienestar de salud mental: el *plan* cubre un examen de bienestar anual de salud mental proporcionado por un profesional de salud mental con licencia o proveedor de atención primaria, que puede ser brindado por el proveedor de salud mental como parte de una visita preventiva anual. No se aplicará el costo *compartido* para este examen.

Servicios para bebés recién nacidos e hijos adoptivos: El *plan* cubre atención médicamente necesaria para recién nacidos e hijos adoptivos correctamente inscritos en el *plan*. Esto incluye atención y tratamiento médicamente necesarios de anomalías de nacimiento y defectos congénitos con diagnóstico médico, o nacimiento prematuro.

Consulte la sección anterior “Atención por maternidad” en este capítulo; y consulte el capítulo 4, “Niños recién nacidos y adoptivos: inscripción y cobertura”, para obtener más información acerca de la inscripción y cobertura de recién nacidos y niños adoptivos.

Orientación nutricional: El *plan* cubre servicios de orientación, terapéuticos y relacionados con la nutrición suministrados por un dietista registrado o profesional de la nutrición para el propósito de gestión de la enfermedad. La orientación nutricional incluye una evaluación inicial del estado nutricional, seguido de visitas adicionales planificadas para las intervenciones dietéticas para el tratamiento de una afección médica.

Órtesis: consulte “Equipo médico duradero” descrito anteriormente en este capítulo.

Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios para recibir atención médica: El *plan* cubre visitas al consultorio del *PCP* y del especialista para pacientes ambulatorios para evaluar y tratar una enfermedad o lesión. Los servicios incluyen:

- Vacunas médicamente necesarias (no de rutina).
- Atención de especialidad pediátrica por *proveedores de la red* con experiencia en pediatría especializada. (Consulte Servicios para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias para niños y adolescentes).

Nota: Algunos servicios de visita al consultorio para pacientes ambulatorios se consideran servicios de salud preventiva. Consulte "Servicios de salud preventiva" más adelante en este capítulo para obtener más información.

Cirugía para pacientes ambulatorios: El *plan* cubre cirugía para pacientes ambulatorios:

- que se lleva a cabo con anestesia en una sala de operaciones de un centro autorizado para realizar la cirugía; y
- donde se espera que usted sea dado de alta el mismo día.

Esta cobertura incluye:

- Terminación voluntaria del embarazo (abortos). El *plan* le brinda cobertura para todos los servicios de aborto y servicios relacionados que están legalmente autorizados bajo la ley vigente.
- Esterilizaciones masculinas voluntarias (consulte "Servicios de salud preventiva", a continuación, para conocer detalles sobre la esterilización voluntaria femenina).
- Procedimientos de diagnóstico, como una colonoscopia o endoscopia.

PANDAS y PANS: trastorno neuropsiquiátrico autoinmunitario pediátrico asociado con infecciones por estreptococo (PANDAS, por sus siglas en inglés) y síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico (PANS, por sus siglas en inglés).

- Este *plan* cubre servicios requeridos en virtud de la ley del estado de Massachusetts para trastornos neuropsiquiátricos autoinmunitarios pediátricos asociados con infecciones por estreptococo y el síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico, incluidos, entre otros, el uso de terapia de inmunoglobulina intravenosa (IVIG, por sus siglas en inglés).

Servicios de podología: el *plan* cubre lo siguiente:

- Para *miembros* diabéticos: todos los servicios de atención de podología (pies), ya sean de rutina o no, están cubiertos.
- Para todos los demás *miembros*: el *plan* solo cubre atención de podología (pies) médicamente necesaria que no sea de rutina, por un *proveedor de la red*, incluido un podólogo de la *red*. Ejemplos: tratamiento para el dedo en martillo y osteoartritis. Esto no incluye atención de rutina de los pies. (Ejemplos de atención de rutina de los pies: recorte de callos, uñas u otros cuidados higiénicos).

Medicamentos con receta médica: El formulario del *plan* es una lista de medicamentos con receta médica que indica la condición de la cobertura, *costo compartido*, así como cualquier limitación, restricción o exclusión. El formulario se actualiza a lo largo del año. El formulario en línea se actualiza a medida que se realizan los cambios. Los miembros que puedan verse afectados por cambios en los formularios son notificados por correo, a menos que el cambio sea en beneficio del *miembro*. Visite el sitio web del *plan* (wellsense.org) o llame a Servicios para Miembros al 1-855-833-8120 para saber si un medicamento tiene cobertura.

Condiciones de cobertura: Nuestro programa de farmacia no cubre todos los medicamentos y recetas. El *plan* cubre los medicamentos con receta médica que aparecen en el formulario del *plan*, cuando son proporcionados de acuerdo con los programas de farmacia del *plan* y cuando cumplan con todos los siguientes requisitos que se describen a continuación. (Nota: Esto incluye el requisito de que la cobertura de algunos medicamentos está sujeta a la autorización previa (aprobación) de un revisor autorizado del *plan*. Siempre consulte con su proveedor para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria del *plan*.)

- Medicamentos que, por ley, requieren receta.
- Recetado por un proveedor con licencia para recetar medicamentos.

- La receta médica cumple con todos los requisitos legales de una receta médica.
- La receta se surte en una farmacia de la *red* (excepto en una *emergencia* o para *atención de urgencia*, cuando usted está fuera del *área de servicio*).
- Es médicamente necesario.
- Se receta para tratar una enfermedad, lesión o embarazo; o para cuidados preventivos.

Costo compartido: consulte el Esquema de Beneficios para conocer el *costo compartido* de *medicamentos con receta médica*.

Dónde obtener sus *medicamentos con receta médica*: lleve su receta médica o reabastezca en cualquier farmacia de la *red*. Lleve su tarjeta de identificación y pague el *costo compartido* correspondiente.

- Farmacias de la *red*: incluye varias farmacias minoristas en Massachusetts. Para ver una lista de las farmacias de la *red*, consulte el Directorio de farmacias en nuestro sitio web en wellsense.org, o llame a Servicios para Miembros.
- *Proveedores* de farmacia especializada: para algunos medicamentos, el *plan* contrata a uno o más proveedores de farmacia especializada. (Consulte a continuación bajo el título de "Programas de farmacias" para obtener más información acerca de proveedores de farmacia especializada).

Cómo obtener los medicamentos de pedido por correo: El *plan* tiene contratos con Cornerstone Health Solutions para prestar los servicios de medicamentos por correo. Solo ciertos medicamentos de mantenimiento están disponibles por correo. Para utilizar el servicio de pedidos por correo primero debe inscribirse en Cornerstone Health Solutions. Para inscribirse en este servicio y comenzar a recibir medicamentos por correo debe comunicarse con Cornerstone Health Solutions por teléfono al 844-319-7588 o llenar el formulario de inscripción de pedidos por correo que se haya incluido en su paquete de bienvenida de miembro y que también está disponible en el sitio web de Cornerstone Health Solutions. El proveedor que receta también puede llamar a Cornerstone Health Solutions al 844-319-7588 o enviarles la receta por fax al 781-805-8221. Una vez que esté afiliado, puede surtir las recetas por correo, por teléfono o en línea en cornerstonehealthsolutions.org/chs-mail-order-pharmacy.

Farmacias que no pertenecen a la *red*: si tiene que surtir una receta en una *farmacia que no pertenece a la red* debido a una *emergencia* o por *atención de urgencia* o atención de emergencia/urgencia cuando está fuera del *área de servicio*, tendrá que pagar su receta y solicitar el reembolso al *plan*. El *plan* pagará hasta el monto autorizado para los reclamos elegibles menos su *costo compartido* correspondiente. (Consulte el capítulo 7, "Facturas de los proveedores", o llame a Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al *plan*).

Qué está cubierto: sujeto a todas las Condiciones de cobertura descritas anteriormente en esta sección, el *plan* cubre los siguientes medicamentos y suministros:

- Terapia de reemplazo hormonal (HRT, por sus siglas en inglés) para mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas.
- Medicamentos anticonceptivos con receta médica orales y en otras formas (para el control de la natalidad). Consulte "Servicios de salud preventiva" a continuación.
- Medicamentos para dejar de fumar y tratar la adicción al tabaco. Tienen cobertura únicamente cuando su proveedor le ha dado una receta médica que cumple todos los requisitos legales para una receta médica. Consulte el formulario del *plan* para obtener información de cobertura de estos medicamentos.
- Jeringas o agujas hipodérmicas cuando sean médicamente necesarias.
- Insulina; lápiz de insulina, jeringas y agujas de insulina; glucosa en sangre, tiras reactivas para el control de cetonas y glucosa en la orina; lancetas; y medicamentos orales para la diabetes únicamente cuando su proveedor le ha dado una receta médica que cumple todos los requisitos legales de una receta médica.
- Uso no indicado en la etiqueta de medicamentos con receta médica aprobados por la FDA para el tratamiento de cáncer o VIH/SIDA
- Ciertos medicamentos compuestos: Siempre que uno o más ingredientes activos del compuesto requieran receta médica por ley y estén aprobados por la FDA y estén cubiertos por el formulario. (Nota: Todos los ingredientes activos e inactivos deben estar cubiertos o la farmacia puede ingresar un código de aclaración para evitar el reembolso de los ingredientes no cubiertos).

- Terapias con medicamentos orales e inyectables utilizadas en el tratamiento de los servicios de infertilidad con cobertura. (Consulte el capítulo 3, "Servicios de infertilidad/*servicios para pacientes ambulatorios*"). Estos están cubiertos únicamente cuando el *miembro* ha sido aprobado para el tratamiento de infertilidad con cobertura.
- Medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral para matar o reducir el crecimiento de las células cancerosas.
- Medicamentos antagonistas opiáceos.
- Profilaxis preexposición (PrEP) con tratamiento antirretroviral eficaz para personas con alto riesgo de contraer el VIH.
- Medicamentos para tratamiento asistido con medicación (MAT).

Lo que no está cubierto: El *plan* no cubre lo siguiente bajo el beneficio de medicamentos con receta médica:

- Recetas médicas surtidas en *farmacias que no pertenecen a la red*, excepto en casos de: atención de *emergencia*, *atención de urgencia*, o atención de *urgencia/emergencia* cuando usted está fuera del *área de servicio*.
- Recetas médicas que fueron proporcionadas por un *proveedor que no pertenece a la red*, excepto en caso de *emergencia* o en un entorno de *atención de urgencia*,
- de *atención de urgencia* o durante una *emergencia/atención de urgencia* cuando usted está fuera del *área de servicio*.
- Medicamentos que se incluyen dentro de alguna de las siguientes categorías:
 - Medicamentos que no fueron recetados para tratar una enfermedad, lesión o embarazo, o para propósitos de atención preventiva o medicamentos recetados como parte de un curso de tratamiento no cubierto por el *plan*.
 - Medicamentos experimentales o de investigación. (Nota: Esta exclusión no se aplica al tratamiento con antibióticos a largo plazo de la enfermedad crónica de Lyme)
 - Medicamentos que no tienen la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos. Esto incluye los suplementos herbarios y/o los medicamentos alternativos, y los productos medicinales que requieren receta médica.
 - Medicamentos utilizados principalmente para propósitos cosméticos.
 - Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual.
 - Medicamentos que han sido considerados menos que eficaces por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos, es decir medicamentos DESI. Para obtener una lista completa de medicamentos DESI visite: cms.hhs.gov/MedicaidDrugRebateProgram/12_LTEIRSDrugs.asp
 - Medicamentos con receta médica utilizados principalmente para el tratamiento de los síntomas de la tos o el resfrío.
 - Medicamentos de conveniencia empaquetados que contienen medicamentos tópicos y/o materiales médicos. (Por ejemplo: enjuagues tópicos, almohadillas de alcohol y peines).
 - Medicamentos con receta médica relacionados con servicios dentales sin cobertura.
 - Vitaminas y suplementos dietéticos (excepto vitaminas prenatales recetadas, vitaminas según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible, flúor para los niños y suplementos para el tratamiento de la enfermedad mitocondrial). Flúor tópico y oral para adultos.
 - Medicamentos con receta, una vez que el mismo ingrediente activo o la versión modificada de un ingrediente activo que sea terapéuticamente equivalente a un medicamento con receta cubierto, esté disponible para su venta libre. En este caso, es posible que el medicamento específico no esté cubierto y que toda la clase de medicamentos con receta tampoco lo esté.
 - Medicamentos con receta médica como parte del curso de un tratamiento que el *plan* no cubre.
 - Costos de entrega, envío y manejo relacionados con la entrega de los medicamentos a su persona.
 - Medicamentos compuestos, si ninguna de sus sustancias activas requiere receta médica por ley, o si no están aprobados por la FDA y no están cubiertos en el formulario.
 - Saborizante de medicamentos compuestos y medicamentos no compuestos.
 - Agentes de vacunación que no aparecen en el formulario; toxoides; sangre y productos sanguíneos. (Nota: Estos pueden estar cubiertos por sus beneficios para pacientes ambulatorios o para pacientes hospitalizados).

- Ciertos dispositivos médicos. (Nota: Estos pueden estar cubiertos bajo el beneficio de equipo médico duradero).
- Ciertos medicamentos administrados por un proveedor de atención médica en un entorno ambulatorio. (Nota: Estos pueden estar cubiertos por su beneficio ambulatorio).

Programas de farmacia: El *plan* tiene varios programas de farmacia. Estos programas intentan garantizar que los *miembros* reciban medicamentos seguros, clínicamente apropiados y económicos. Los medicamentos sujetos a estos programas se encuentran en el formulario del *plan* y pueden cambiar cada cierto tiempo. Para conocer más sobre qué medicamentos están sujetos a cualquiera de estos programas, consulte el formulario del *plan* en wellsense.org o llame a Servicios para Miembros. A continuación encontrará una descripción de estos programas:

- **Autorización previa:** En el caso de algunos medicamentos, el *plan* requiere que su médico obtenga la autorización previa de un revisor autorizado del *plan* antes de recetar el medicamento. Los medicamentos sujetos a autorización previa incluyen algunos medicamentos muy caros, medicamentos de marca cuando hay un equivalente genérico disponible y medicamentos nuevos en el mercado que aún no han sido revisados por el *plan* para su cobertura.
- **Límites de cantidad:** el *plan* limita la cantidad de algunos medicamentos que se le pueden surtir a usted durante un período determinado. Esto se realiza por razones de seguridad, costo y/o por motivos clínicos.
- **Terapia escalonada:** este programa requiere que los proveedores usen ciertas terapias o medicamentos de “primera línea” designados antes de recetar otros medicamentos. Un ejemplo es el uso de antidepresivos genéricos antes de recetar antidepresivos de marca.
- **Proveedores de farmacia especializada:** El *plan* tiene *contratos* con farmacias especializadas de la *red* que proveen ciertos medicamentos especializados. Usted debe obtener estos medicamentos en una de nuestras farmacias especializadas de la *red*.

SOLICITUDES DE EXCEPCIÓN: Si su médico considera que es médicamente necesario que usted tome un medicamento con receta médica que no está en nuestro formulario o que está restringido por cualquiera de los programas de farmacia anteriores, él o ella debe comunicarse con el *plan* y solicitar una excepción por parte de un revisor autorizado del *plan*. La solicitud de excepción debe estar respaldada por la historia clínica específica del paciente para la revisión del *plan*. El *plan* considerará si el medicamento es médicamente necesario para usted. Si lo es, se hará una excepción y se cubrirá el medicamento. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

Administrador de beneficios de farmacia: El *plan* tiene contrato con una organización separada, conocida como un administrador de beneficios de farmacia, para administrar su beneficio de medicamentos con receta médica. Para obtener más información, consulte la Guía de direcciones y números telefónicos al comienzo de esta EOC (Evidencia de Cobertura).

Servicios de salud preventiva: El *plan* cubre servicios de salud preventiva. Estos son servicios para prevenir enfermedades o lesiones en lugar de diagnosticar o tratar un malestar o síntoma. Los servicios de salud preventiva los proporciona su *PCP*, obstetra de la *red* u otro *proveedor calificado de la red*. Para que tengan cobertura, se deben prestar todos los servicios de salud preventiva de acuerdo con los lineamientos de políticas médicas del *plan*, y con las leyes y reglamentos vigentes.

El siguiente es un breve resumen de los servicios de salud preventiva cubiertos. Puede encontrar una lista completa de todos los servicios médicos preventivos cubiertos por el *plan* bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) al final de esta EOC o en el sitio web del *plan* en www.healthcare.gov o en wellsense.org.

Servicios de atención médica preventiva para los *miembros* que sean niños:

- Examen físico, historial, mediciones, examen sensorial, evaluación neuropsiquiátrica, evaluación del desarrollo y evaluación en los siguientes intervalos del nacimiento a los 6 años:
 - Seis veces durante el primer año después del nacimiento del niño.
 - Tres veces durante el segundo año de vida (de un año a la edad de dos años). Anualmente desde la edad de dos hasta cinco años (hasta 6 años).

- Examen hereditario y metabólico al momento del nacimiento.
- Examen de audición del recién nacido antes del alta del hospital o centro médico donde nació.
- Vacunas preventivas; pruebas de tuberculina; hematocrito; hemoglobina; detección de plomo en la sangre; u otras pruebas de sangre apropiadas y el análisis de orina según lo recomiende el médico.
- Exámenes físicos de rutina para niños mayores de 6 años.
- Examen ocular preventivo hasta el *límite del beneficio*. Consulte su Esquema de beneficios.
- Servicios de atención médica preventiva para adultos:
 - Exámenes médicos anuales (una vez por año de beneficios); y radiografías y pruebas de laboratorio de rutina relacionadas.
 - Pruebas de detección y exámenes auditivos preventivos.
 - Vacunas preventivas de rutina según recomendaciones del Comité Asesor con respecto a las prácticas de vacunación.
 - Procedimientos y pruebas preventivas de rutina. (Ejemplo: colonoscopías de detección). (En algunos casos, si estos procedimientos se acompañan de tratamiento o cirugía, se hacen susceptibles de costo compartido correspondiente).
 - Orientación nutricional y educación de la salud.
 - Exámenes de la vista preventivos. Consulte la sección Servicios de la vista para obtener más detalles. Los exámenes de la vista preventivos están cubiertos hasta el límite del beneficio. Consulte su Esquema de beneficios.
- Servicios de atención médica preventiva para mujeres, incluidas mujeres embarazadas:
 - Examen ginecológico anual. Esto incluye un examen citológico (Papanicolaou) de rutina una vez por año de beneficios. Usted deberá consultar a: un médico (PCP, obstetra o ginecólogo); una enfermera especializada; o una partera certificada de la red.
 - Atención prenatal de rutina, que incluye una visita posparto.
 - Mamografías iniciales para mujeres entre las edades de 35 y 40; y mamografías de detección anuales por año de beneficios para mujeres a partir de los 40 años.
 - Exámenes de laboratorio asociados con la atención por maternidad de rutina.
 - Procedimientos de esterilización voluntaria.
 - Bombas sacaleche y suministros relacionados.
 - Asesoramiento de lactancia materna y apoyo de un proveedor capacitado de la red.
 - Anticonceptivos con receta médica. Planificación familiar.
- Otros servicios de salud preventiva, pruebas de detección y asesoramiento, según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Costo compartido: No hay ningún *costo compartido* para los servicios de salud preventiva cubiertos.

Nota: Mientras recibe ciertos servicios de salud preventiva, usted también puede recibir otros *servicios cubiertos* que requieran *costo compartido separado*. Además, cualquier atención médica de seguimiento médicamente necesaria como resultado de servicios de salud preventiva está sujeta al *costo compartido* correspondiente.

Exclusiones relacionadas: exámenes necesarios para participar en las actividades escolares, de campamento y deportivas; o exámenes requeridos por empleadores, tribunales u otras terceras personas; a menos que estos exámenes sean brindados como parte de un examen de rutina cubierto.

Dispositivos prostéticos: el *plan* cubre dispositivos prostéticos médicamente necesarios cuando sean recetados por un médico de la *red*. El *plan* decidirá si las prótesis se alquilan o se compran. Las prótesis deben comprarse o alquilarse de un *proveedor de la red*.

Los dispositivos prostéticos son dispositivos de naturaleza duradera, que deben ser:

- capaces de soportar el uso repetido;
- razonables y necesarios para sostener un límite mínimo de vida cotidiana *independiente*;
- fabricados principalmente para un propósito médico;
- generalmente innecesarios en ausencia de una enfermedad o lesión;
- aptos para usarse en el hogar;
- médicamente necesarios para usted; y
- usados para reemplazar la función de una parte del cuerpo faltante y hechos para que se acondicionen a su cuerpo como un sustituto externo.

La cobertura para prótesis está disponible únicamente para:

- El dispositivo menos costoso que le permita dedicarse a las actividades de la vida diaria. Si el *plan* decide que usted eligió una prótesis que cuesta más que la prótesis menos costosa adecuada para permitirle dedicarse a las actividades de la vida diaria, el *plan* pagará únicamente por los costos que hubiera pagado por el dispositivo menos costoso que cumpla con sus necesidades. En este caso, usted tendrá que pagar los gastos del proveedor que superen el monto que paga el *plan*.
- Tiene cobertura un artículo de cada clase de dispositivo protésico que se adapte a sus necesidades. No hay cobertura para ningún artículo o elemento de respaldo que sirva un propósito duplicado.
- Reparación y mantenimiento de equipos cubiertos.

Los siguientes son ejemplos de prótesis cubiertas:

- Prótesis del seno. Estos incluyen sostenes de reemplazo y de mastectomía.
- Prótesis para brazos, piernas y ojos.
- Calzado terapéutico y moldeado, así como plantillas para la enfermedad diabética severa de los pies. (Consulte los beneficios por diabetes descritos anteriormente).
- Pelucas (prótesis para calvicie) recetadas por un médico de la *red*, cuando el *miembro* tiene pérdida de cabello debido al tratamiento de cualquier forma de cáncer o leucemia, a alopecia areata, alopecia total o pérdida permanente del pelo del cuero cabelludo debido a lesiones (como quemaduras u otra lesión traumática).

Exclusiones relacionadas:

- Miembros artificiales electrónicos y mioeléctricos.
- Pelucas cuando hay pérdida del cabello debido a la calvicie masculina o femenina; o por envejecimiento natural o prematuro.

Servicios de radiología: consulte Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico.

Terapias de rehabilitación (para pacientes ambulatorios) - terapias de rehabilitación

física, ocupacional y pulmonar de corto plazo: El *plan* cubre servicios de terapia pulmonar, ocupacional y fisioterapia a corto plazo de forma ambulatoria médicamente necesarios para fines de rehabilitación y habilitación. Se deben proporcionar estos servicios:

- para restablecer la función perdida o defectuosa como resultado de una lesión accidental o una enfermedad;
- cuando son necesarios para mejorar su capacidad para realizar actividades diarias; y
- cuando su *PCP* y el *plan* determinan que esta terapia podría dar como resultado una mejora significativa de su afección dentro del período de tiempo en el que los beneficios están cubiertos.

Límite de beneficios: las terapias de rehabilitación están cubiertas hasta el límite de beneficios de su Esquema de beneficios. Estos límites de beneficios no se aplican cuando estos servicios se proporcionan a los *miembros*:

- que reciben servicios de intervención temprana; consulte Servicios de intervención temprana, descritos anteriormente; o bien
- con trastorno del espectro autista (ASD); consulte Servicios de trastorno de salud mental y de abuso de sustancias, más arriba.

Autorización previa: La cobertura de terapias de rehabilitación requiere una autorización previa de un revisor autorizado del *plan*. Siempre consulte con su proveedor para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria del *plan*.

Exclusiones relacionadas:

- Servicios educativos, pruebas o servicios para abordar problemas de desempeño escolar.
- Rehabilitación vocacional.
- Terapia de masaje.
- Pruebas sensoriales integrales (incluidas las prácticas).
- Diagnóstico o tratamiento de trastornos del habla, lenguaje o audición en la escuela.

Segundas opiniones: El *plan* cubre segundas opiniones de *proveedores de la red* sobre la necesidad de un servicio cubierto que un *proveedor de la red* ha recomendado para usted. Las segundas opiniones de *proveedores que no son de la red* están cubiertas únicamente cuando la experiencia específica solicitada no está disponible a través de los *proveedores de la red*. Cuando se considera llevar a cabo una cirugía, el *plan* cubrirá terceras opiniones de cirugía, si las dos primeras opiniones difieren.

Servicios para trastornos del habla, del lenguaje y de la audición: El *plan* cubre el diagnóstico y tratamiento de trastornos del habla, de la audición y del lenguaje. Estos están cubiertos en la medida que sean médicamente necesarios cuando sean proporcionados por patólogos del habla-lenguaje y audiólogos de la *red*.

Exclusiones relacionadas: diagnóstico o tratamiento de trastornos del habla, del lenguaje o de la audición en la escuela.

Telesalud: el *plan* cubre telesalud. Su costo compartido para los servicios de telesalud no excederá el costo compartido cobrado por los mismos servicios prestados en persona. Los servicios de telesalud estarán sujetos al mismo *deducible* y al máximo de su bolsillo que los servicios equivalentes en persona. Por ejemplo, si ve a un proveedor de salud mental para servicios de telesalud, el costo compartido es el mismo que si accede a la atención con un proveedor de salud mental en persona. Es posible que se necesite una autorización previa.

Las visitas de telesalud disponibles incluyen:

- Comunicación telefónica interactiva en vivo de 2 vías, comunicaciones de audio y video y consultas de video digital
- Telecomunicación asíncrona a través de imagen y video no proporcionada en tiempo real (un servicio se graba como video o se captura como imagen; el proveedor lo evalúa más tarde)
- Otros métodos permitidos por las leyes estatales y federales

Trastorno de la TMJ (siglas en inglés de la articulación temporomandibular): El *plan* cubre el tratamiento de los trastornos de la TMJ únicamente cuando los trastornos son causados por una afección médica específica o son resultado de ella. El síndrome de TMJ no es considerado como una afección médica específica. Ejemplos de tales condiciones médicas específicas son: fracturas de mandíbula, dislocaciones de mandíbula o artritis degenerativa. La afección médica debe comprobarse por radiografías de diagnóstico u otros procedimientos de diagnóstico de aceptación general.

Nota: La cobertura para los trastornos de la TMJ puede requerir una autorización previa de un *revisor autorizado del plan*. Siempre consulte con su *proveedor* para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria del *plan*.

Exclusiones relacionadas:

- El tratamiento de los trastornos de la TMJ que no se compruebe que son ocasionados o producidos por una afección médica específica.
- Tratamiento del síndrome de TMJ.

- Dispositivos que no sean un aparato ortopédico para la reposición mandibular (MORA, por sus siglas en inglés).
- Los servicios, procedimientos o materiales para ajustar la altura de los dientes o de restablecer de alguna otra forma la oclusión. Los ejemplos incluyen: coronas, puentes o aparatos de ortodoncia.

Servicios de la vista: El *plan* cubre:

- Exámenes de la vista de rutina: Los exámenes de rutina de la vista están cubiertos hasta el *límite de beneficios*. Consulte su Esquema de beneficios.
- Exámenes de la vista preventivos: Estos son exámenes periódicos de los ojos y la visión cuando el *miembro* no tiene signos claros o síntomas de enfermedad o pérdida de la visión. Si tiene una afección médica del ojo, como cataratas, sus visitas al médico de la vista no se consideran preventivas. Los exámenes de la vista preventivos están cubiertos hasta el *límite del beneficio*.
- Tratamiento y exámenes de la vista que no son de rutina: el *plan* cubre los exámenes de la vista que no son de rutina. (Esto incluye los exámenes de retina en personas diabéticas). Usted debe utilizar un *proveedor de la red* que se dedique a la vista. Estos son optometristas u oftalmólogos. Los exámenes de la vista que no son de rutina sirven para la detección, el tratamiento y el manejo de condiciones de la vista que producen síntomas que, si no reciben tratamiento, pueden resultar en la pérdida de la visión.
- Terapia de la visión médicamente necesaria solo para insuficiencia acomodativa, ambliopía, insuficiencia de convergencia y esotropía adquirida (antes de la cirugía).
- Lentes de contacto o anteojos (un par por cambio recetado) si se cumple alguna de las siguientes condiciones: extracción de cataratas posoperatoria; queratoconos; anisometropía de más de 3.00D; o más de 7.00D de miopía o hipermetropía. Lentes de aumento cuando sean médicamente necesarios para uso en el hogar para el individuo legalmente ciego.
- Servicio para la vista pediátrico: En el caso de los *miembros* de 18 años, un *miembro* es elegible para este beneficio hasta el fin del mes calendario en el que cumple 19 años. Además del examen de ojos de rutina indicado más arriba, el *plan* cubre un (1) par de anteojos, incluidos armazones y cristales, o lentes de contacto por año calendario.
 - Los servicios incluyen:
 - lentes de cristal o plástico monofocales, bifocales convencionales (con línea), trifocales convencionales (con línea), lenticulares,
 - todas las graduaciones,
 - tintado de moda y gradiente,
 - revestimiento de protección ultravioleta,
 - lentes de sol con receta de mayor tamaño y de color gris espejo N.º 3.
 - Los lentes de policarbonato están cubiertos para niños, pacientes con visión monocular y pacientes con receta mayor o igual a +/-6.00 dioptrías.
 - Todos los lentes incluyen recubrimiento resistente a rasguños.

Exclusiones relacionadas:

- Terapia visual para algunos diagnósticos donde no existe evidencia adecuada y fidedigna de eficacia.
- Los anteojos, monturas y lentes de contacto están excluidos, excepto como se enumeren específicamente en esta sección como servicio cubierto de la vista.

EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS:

El *plan* no cubre los siguientes servicios, sin importar en dónde se realicen:

Nota: Cuando se utiliza la palabra "servicios" en esta sección de Exclusiones de los servicios cubiertos, tiene cualquiera de los siguientes significados: servicios, tratamientos, procedimientos, pruebas, aparatos, suministros, equipos o medicamentos.

- Los servicios no descritos como servicios cubiertos en esta EOC.
- Servicios relacionados o proporcionados con un servicio no cubierto, excepto que se indique explícitamente de otra manera en el capítulo 3, *Servicios cubiertos*. Esto incluye los costos por honorarios profesionales, equipo médico, fármacos y gastos del centro.

- Servicios que no son médicamente necesarios. Las únicas excepciones son: terminación voluntaria del embarazo, esterilización voluntaria, medicamentos anticonceptivos con receta médica utilizados para la anticoncepción y servicios de salud preventiva que se describen en el Capítulo 3.
- Servicios proporcionados para su comodidad o conveniencia, como un artículo duplicado o de respaldo, o comodidad personal o ambiental. Todos los artículos de conveniencia o comodidad considerados como tales por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) están excluidos. Algunos ejemplos de artículos excluidos incluyen, entre otros: tablas para camas; elevadores de la bañera; silla de baño o ducha; mesitas de cama; camas ajustables; brazos telefónicos; tinas calientes; y camas de agua.
- Servicios: para adaptarse a su preferencia religiosa; para mejorar el desempeño atlético; para promover un estilo de vida deseado; o para mejorar su apariencia o sus sentimientos acerca de su apariencia.
- Servicios recibidos fuera del *área de servicio*, excepto lo específicamente descrito en esta EOC.
- Servicios proporcionados por *proveedores que no pertenecen a la red*, excepto los que se permiten específicamente en esta EOC.
- Servicios que no cumplen con los criterios y lineamientos de revisión clínica del *plan*.
- Servicios para los cuales existe una alternativa de servicio con un nivel menos intensivo o más económico que pueden ser proporcionados en forma segura y eficaz, o si el servicio se le puede proporcionar de forma segura y eficaz en un entorno menos intensivo.
- Servicios que usted recibió cuando no estaba inscrito como *miembro* en este *plan*. Esto incluye el período anterior al comienzo de su membresía en el *plan* y el período posterior a la terminación de su membresía en el *plan*. También están excluidos los cargos por servicios que usted reciba después de elegir quedarse en un hospital o centro pasada la fecha del alta determinada por el *plan*.
- Acupuntura; biorretroalimentación (excepto para el tratamiento de la incontinencia urinaria); hipnoterapia; unidades TENS u otros estimuladores neuromusculares y los suministros relacionados; electrólisis; terapias de relajación; terapias de masajes; mioterapia; tratamientos holísticos; tratamiento en clínicas de medicina deportiva; servicios por un entrenador personal; y cualquier servicio de diagnóstico relacionado con cualquiera de estos programas, servicios o procedimientos.
- Servicios quiroprácticos y servicios relacionados: Servicios quiroprácticos distintos a la manipulación manual de la columna vertebral (hasta los *límites de beneficios* correspondientes). Los servicios excluidos incluyen tratamiento o compra de unidades TENS u otros estimuladores neuromusculares y los suministros relacionados.
- Tarifas por reclamación: los cargos de un proveedor por presentar una reclamación.
- Programas de rehabilitación cognitiva; programas de readiestramiento cognitivo; y servicios de diagnóstico relacionados con estos programas.
- Medicina alternativa o complementaria: esto incluye lo siguiente: acupuntura; ayurveda; biorretroalimentación (excepto para el tratamiento de incontinencia urinaria médicamente necesario); terapia craneosacral; tratamientos homeopáticos, holísticos y naturopáticos; hipoterapia; hipnoterapia; meditación; oración; sanación mental; masajes; mioterapia; campos magnéticos o pulsos; campos electromagnéticos o corriente alterna o corriente directa, incluidas unidades TENS y materiales relacionados y electrólisis; Reiki; reflexología; terapias de relajación; toque terapéutico; terapias que emplean soluciones creativas como el arte, la música, la danza o el yoga; terapia con mascotas; tratamiento en clínicas de medicina deportiva; servicios por un entrenador personal; y cualquier servicio de diagnóstico relacionado con cualquiera de estos programas, servicios o procedimientos.
- Servicios de conserjería: cualquier tarifa cobrada por un proveedor por los llamados "servicios de conserjería". Estas son las tarifas cobradas: como condición para seleccionar o usar los servicios del proveedor, o tarifas por comodidades ofrecidas por el proveedor.
- Servicios cosméticos/Cirugía cosmética: Estos son servicios prestados únicamente con el propósito de hacerle verse mejor, sin importar si estos servicios están hechos para hacer que usted se sienta mejor acerca de usted mismo o para tratar su afección mental. Ejemplos de los *servicios no cubiertos* son inyección de colágeno o de otros agentes de aumento de volumen para mejorar la apariencia; procedimientos para estiramiento de muslos, piernas, caderas o glúteos; blefaroplastia, a menos que sea médicamente necesario para prevenir la oclusión de la vista; cirugía estética facial o ritidectomía;

liposucción abdominal o lipectomía asistida del abdomen por succión; abdominoplastia; abdominoplastia parcial; o bien reparación de diástasis del recto.

- Dermoabrasión u otros procedimientos para alisar la piel; servicios relacionados con el acné, tales como la eliminación de los quistes de acné o inyecciones para eliminar las cicatrices del acné; electrólisis; pelucas (excepto cuando estén expresamente cubiertas; consulte el capítulo 3); eliminación del vello, trasplantes de cabello o restauración del cabello; rinoplastia (excepto como parte de una cirugía reconstructiva médicamente necesaria); liposucción; braquioplastia: tratamiento de las arañas vasculares; tratamiento de melasma; tatuajes o reversión de tatuajes; reversión de los pezones invertidos; perforaciones (piercing); o la eliminación o destrucción de verrugas.
- Atención asistencial; atención a largo plazo o atención en una casa de reposo.
- Servicios dentales: El *plan* no paga por ningún servicio dental, excepto:
 - los servicios dentales de *emergencia* y servicios dentales pediátricos,
 - los servicios dentales y de ortodoncia, específicamente relacionados con el tratamiento de labio leporino, paladar hendido o ambos según se establece en el capítulo 3.
 - Los servicios dentales son cualquier servicio proporcionado por un dentista con licencia que involucra el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, dolor, lesión, deformidad u otra afección de los dientes humanos, proceso alveolar, encías, mandíbula o estructuras relacionadas de la boca. El *plan* tampoco paga por férulas o aparatos orales.
- Prótesis dentales
- Equipo que no cumple con la definición de “equipo médico duradero” del Capítulo 3: *Servicios cubiertos*/Equipo médico duradero y ortesis. Por ejemplo, el equipo que se utiliza principalmente y por lo general para un propósito no médico no se considera un equipo médico duradero, incluso si dicho equipo tiene un uso relacionado con un propósito médico.
- Dispositivos y ropa, como los siguientes:
 - Dispositivos tales como sistemas de aire acondicionado; asientos de seguridad de automóvil para niños; soportes de arco; asientos de baño; bacinicas; sillas elevadoras; computadoras; dispositivos de comunicación computarizados; software de computación; prótesis dentales; aparatos dentales; elevadores; almohadillas de calor; botellas para agua caliente; humidificadores de habitación; purificadores de aire; brazaletes médicos; alarmas para la puerta; asientos elevados de inodoro; ropa de cama (tales como cubrecamas para proteger contra los ácaros del polvo); materiales desechables (tales como sábanas, bolsas, guantes, pañales, toallas sanitarias, toallas húmedas de alcohol y medias elásticas); aparatos ortopédicos deportivos; alarmas de enuresis; alcanzadores de objetos; calzadores; órtesis para pies y zapatos; plantillas para zapatos (con la excepción de calzado terapéutico y moldeado, así como plantillas para *miembros* con afección grave de pie diabético).
 - Ropa especial, excepto: aparatos de corrección de apoyo de presión gradiente para linfedema o enfermedad venosa; ropa necesaria para un aparato cubierto (por ejemplo, sostenes de mastectomía y medias para muñón); y calzado terapéutico/moldeado para *miembros* con enfermedad diabética grave de los pies.
 - Suministros y dispositivos no rígidos, tales como: medias elásticas; portaliagas; soportes de arco; corsés; y zapatos correctivos.
 - Equipos de seguridad, como: camas seguras; recintos de la cuna; correas de arnés/cinturones de seguridad; sistemas de respuesta a alertas de *emergencias*; y barras de seguridad de baño/ducha.
 - Dispositivos de autoayuda que no son principalmente artículos médicos, tales como: baños sauna, elevadores, elevadores de escaleras, rampas y dispositivos especiales de teléfono o de comunicación.
 - Aparatos para autocontrol, salvo si el *plan* decide que un aparato le daría a un *miembro* que tenga ciertos síntomas en particular, la capacidad para detectar o detener el inicio súbito de alguna afección que amenace su vida.
 - Miembros artificiales electrónicos y mioeléctricos.
 - Reemplazo o reparación equipo médico duradero o de prótesis debido a pérdida, daño intencional, negligencia o robo.
 - Bombas sacaleche de grado hospitalario.
 - Equipo de higiene y ejercicios: como bicicletas de ejercicio, cintas caminadoras, asientos de inodoro para bidé, asientos para bañera y dispositivos para tomar una ducha de mano.
 - Equipo del médico, como: brazaletes para medir la presión arterial y estetoscopios.
 - Tecnología de asistencia y equipo de adaptación. como teclados de comunicación y computadoras; tablas de posición supina; bipedrestador de plano inclinable; andadores; y otros equipos que no se diseñaron para uso en el hogar.

- Crioterapia (es decir, Game Ready).
- Terapia de compresión caliente/frío.
- Compresas polares.
- Medicamentos descritos como no cubiertos en el capítulo 3 bajo “Medicamentos con receta médica”.
- Servicios relacionados con educación: Exámenes, evaluaciones o servicios para propósitos educativos o del desarrollo, que incluyen: fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. También están excluidos los servicios para tratar discapacidades de aprendizaje, problemas de conducta y retrasos en el desarrollo, y los servicios para tratar trastornos del habla, la audición y el lenguaje en las escuelas.
- Tratamientos experimentales o de investigación; o servicios relacionados con estos tratamientos. Si un servicio es un tratamiento experimental o de investigación, el *plan* no pagará por el tratamiento ni cualquiera de los servicios relacionados que sean proporcionados al *miembro* con el propósito de proporcionarle el tratamiento experimental o de investigación. *Excepción: el plan cubrirá los costos de estudios clínicos tal y como se establece específicamente en el capítulo 3: Servicios cubiertos.*
- Beneficios de un programa del Gobierno: Servicios a cuyos beneficios usted tiene derecho bajo programas del gobierno. Estos incluyen: la Administración de Veteranos para una enfermedad o lesión relacionada con el servicio militar; escuelas; y otros programas establecidos por leyes o regulaciones locales, estatales, federales o extranjeras, que prestan o pagan por servicios y suministros de atención médica, o que requieren atención o tratamiento para ser proporcionados en un centro de salud pública. No se proporciona cobertura si usted pudo haber recibido beneficios del Gobierno, solicitándolos a tiempo.
- Extracción de un órgano o células madre de un donante para trasplante de un órgano humano cuando el receptor no es un *miembro*.
- Para *miembros* mayores de 21 años de edad: aparatos de corrección auditiva o dispositivos de audición; suministros para audífonos; moldes para orejas; impresiones; baterías; accesorios; e instrucciones para usar y cuidar aparatos de corrección auditiva
- Líquido de limpieza o baterías para aparatos de corrección auditiva
- Mejoras en el hogar y equipo de adaptación para el hogar.
- Servicios de infertilidad: Los siguientes no están cubiertos:
 - Servicios de infertilidad para cualquier *miembro* que no sea un residente de Massachusetts.
 - Servicios de infertilidad para *miembros* que no son “estériles” como se define en la sección de servicios para infertilidad en el capítulo 3.
 - Reversión de la esterilización voluntaria.
 - Tratamiento de infertilidad necesario como resultado de la esterilización voluntaria previa, a menos que: el diagnóstico de la infertilidad no está relacionado con el procedimiento anterior de esterilización; y si es para una mujer, el examen de diagnóstico proporciona al menos una trompa de Falopio permeable; y si es para un hombre, el conteo de espermatozoides cumple con la definición de normal tal como se establece en los criterios de revisión clínica del *plan*.
 - Criopreservación de espermatozoides o embriones de largo plazo (más de 90 días), a menos que el *miembro* esté en tratamiento activo de infertilidad.
 - Costos asociados con el reclutamiento de donantes, pruebas y compensación.
 - Espermatozoides de donante y servicios de laboratorio asociados en ausencia de la infertilidad de factor masculino diagnosticada en la pareja.
 - Servicios para infertilidad necesarios para la concepción como resultado de la esterilización voluntaria o después de reversión fallida de una esterilización voluntaria.
 - Medicamentos para donantes de óvulos anónimos o designados directamente relacionados con un ciclo de tecnología de reproducción asistida estimulada (ART), a menos que el servicio ART haya sido aprobado por un revisor autorizado del *plan*, y se suministra en el centro de un proveedor de servicios para infertilidad de la *red*; y el *miembro* sea el único receptor de óvulos del donante.
 - Costos relacionados con sustituta gestacional/madre sustituta: esto significa todos los procedimientos y costos incurridos por una mujer fértil para lograr un embarazo, como una sustituta gestacional o madre sustituta para una *miembro* estéril.
 - Procedimientos experimentales o de investigación para la infertilidad.
- Servicios de maternidad: Servicios o costos asociados con los nacimientos *planificados* en el hogar. Cuando está fuera del *área de servicio*, el *plan* no cubre:
 - servicios de maternidad de rutina para atención prenatal o posparto; o bien

- parto (incluida la atención posparto y la atención al recién nacido) o problemas durante el embarazo más allá de la semana 37 de embarazo o en cualquier momento después de que su proveedor le haya dicho que está en riesgo de un parto prematuro. Consulte el capítulo 3: Atención por maternidad/servicios para pacientes hospitalizados.
- No *miembros*: Servicios para no *miembros*, salvo lo detallado específicamente en este capítulo 3 en “Trasplantes de órganos humanos” o en “Servicios de cuidados paliativos”.
- Tarifas por expedientes médicos: Honorarios que cobran los proveedores por copias de su expediente médico.
- Se excluyen los siguientes servicios de Salud mental/servicios relacionados con el abuso de sustancias:
 - psicoterapia con asistencia de equinos;
 - psicoanálisis;
 - orientación espiritual;
 - psicoterapia *individual* interactiva;
 - *terapia psicofisiológica individual* que incorpora biorretroalimentación;
 - evaluación psiquiátrica de registros e informes;
 - rehabilitación neuropsicológica;
 - servicio de línea directa de la salud del comportamiento;
 - servicios de salud mental en comunidad;
 - servicios de centros de reinserción social;
 - servicios de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias proporcionados a un miembro que está en la cárcel, prisión, correccional o centro de custodia;
 - pruebas de alcohol o drogas con fines legales u otros que no están relacionados con la *necesidad médica*;
 - tratamiento residencial de largo plazo;
 - Atención asistencial.
 - programas en los que el miembro tiene una duración previamente definida de atención médica sin que el *plan* tenga capacidad para realizar determinaciones simultáneas de *necesidad médica* continua;
 - programas que únicamente ofrecen reuniones o actividades que no se basan en *planes* de tratamiento *individualizado*;
 - programas que se enfocan únicamente en la mejora de habilidades interpersonales u otras habilidades, en lugar de tratamiento dirigido a la reducción de síntomas y recuperación funcional relacionada con la disminución de síndromes o síntomas psiquiátricos específicos;
 - programas basados en matrículas que ofrecen actividades educativas, vocacionales, recreativas o de desarrollo personal, tales como un programa terapéutico en la escuela, campamento o en zonas selváticas.
- Gastos por faltar a la cita o cancelarla: cargos de los proveedores por faltar a las citas o cancelarlas.
- Artículos de bienestar personal: Artículos que son principalmente para el bienestar personal o conveniencia suya o de otra persona. Entre los ejemplos se incluyen teléfonos, radios, televisores y artículos de cuidado personal.
- Servicios podiátricos de rutina y el equipo médico duradero y suministros médicos relacionados (excepto para los *miembros* diabéticos; consulte la sección de beneficios para los que tienen “Diabetes” en este capítulo 3). Las exclusiones incluyen, entre otras: atención de rutina de los pies (recorte de callos, uñas u otra atención higiénica); órtesis para pies y zapatos; soportes de arco; plantillas para zapatos; accesorios, yeso y otros servicios relacionados con dispositivos para los pies; o zapatos ortopédicos o correctores que no son parte de una abrazadera para la pierna con cobertura.
- Diagnóstico genético antes de la implantación, excepto lo específicamente permitido bajo Servicios de infertilidad.
- Cargos por habitación privada: Los gastos que superan la tarifa para una habitación semiprivada (excepto cuando la habitación privada sea médicamente necesaria).
- Atención privada de enfermería (excepto como parte de los beneficios por cuidados paliativos); y asistentes de cuidado personal.
- Cirugía refractiva de ojo (que incluye cirugía con láser, queratometría radial y ortoqueratología).
- Atención de relevo, excepto cuando se proporciona como parte de un programa autorizado de cuidados paliativos.
- Elementos de seguridad usados en ausencia de una enfermedad o afección médica, como: alarmas para la puerta; y camas de protección o ropa de cama.

- Pruebas prácticas sensoriales integradas.
- Servicios por los cuales usted no tiene la obligación legal de pagar; o servicios por los cuales no se cobraría nada en ausencia de seguro médico.
- Servicios proporcionados a usted por su familia inmediata: Servicios proporcionados a usted por su familia inmediata (consanguínea o política) o cualquiera que normalmente vive con usted. "Familia inmediata" se refiere a: cónyuge o equivalente de cónyuge; padre/madre; hijo (a); hermano; hermana; padrastro o madrastra; hijastro(a); hermanastro o hermanastra; suegro; suegra; nuera; cuñado; cuñada; abuelo(a); o nieto(a).
- Tratamiento requerido por terceros: Los servicios requeridos por un tercero que, de otra manera, no son una necesidad médica. Ejemplos de terceros incluyen: un empleador; compañía de seguros; organización o agencia de licencias; escuela; o tribunal. Ejemplos de los servicios incluyen: exámenes y pruebas requeridas para actividades recreativas o empleo; exámenes ordenados por el tribunal; evaluaciones vocacionales sobre adaptabilidad en el trabajo; rehabilitación vocacional; inserción laboral; o terapia para restablecer la función para una ocupación específica. También se excluyen: pruebas para establecer paternidad; pruebas para propósitos forenses; y exámenes y pruebas post-mortem.
- Ronquidos: servicios para tratar o reducir los ronquidos. Los ejemplos incluyen: uvulopalatoplastia asistida por láser; somnoplastia; protecciones para ronquidos y cualquier otro aparato relacionado con los ronquidos.
- Impuestos: los cargos por impuestos de un proveedor; o impuestos sobre ventas relacionados con cualquier producto enviado o entregado a un *miembro*.
- Servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ); todos los aparatos relacionados con TMJ que no sean un aparato ortopédico para el ajuste de la posición mandibular (MORA); servicios, procedimientos o materiales para ajustar la altura de los dientes, o de alguna otra forma restablecer la oclusión, como coronas, puentes o aparatos de ortodoncia; y tratamiento de los trastornos de la TMJ que no se compruebe que sean ocasionados por una afección médica específica o producto de ella.
- Transporte y alojamiento: Transporte (que no sea el descrito en "Servicios de ambulancia" o "Trasplante de órganos humanos" en el capítulo 3) o alojamiento relacionado con la recepción de cualquier servicio médico.
- Los siguientes servicios y artículos relacionados con la vista:
 - Terapia visual para algunos diagnósticos donde no existe evidencia adecuada y fidedigna de eficacia.
 - Anteojos, monturas y lentes de contacto, excepto que se detalle de forma específica que están cubiertos bajo el beneficio de Servicios de la vista.
- Servicios/equipos relacionados con el peso: *Planes* dietéticos comerciales; programas y clínicas de control de peso o pérdida de peso (salvo los relacionados con programas o cirugía bariátrica con cobertura); y cualquier servicio relacionado con tales *planes* o programas; y equipo para ejercicios.
- Compensación a los trabajadores: atención para afecciones para las cuales hay beneficios disponibles según un *plan* de compensación al trabajador o un empleador según la ley federal o estatal.

CAPÍTULO 4. ELEGIBILIDAD, INSCRIPCIÓN, PAGOS DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN

Elegibilidad

Suscriptores: puede inscribirse como *suscriptor* si es un empleado de un grupo y cumple con los requisitos de verificación y elegibilidad de WellSense y su grupo.

Dependientes: puede inscribirse como *dependiente* del *suscriptor* si cumple alguno de los siguientes requisitos:

- es cónyuge o hijo del *suscriptor*, según se define en el Apéndice A; o
- es la pareja en unión civil del *suscriptor* según la ley del estado donde
- *reside el suscriptor*; y el grupo acepta la elegibilidad de dicha pareja en unión civil; o
- es la pareja doméstica del *suscriptor*; y el grupo acepta la elegibilidad de la pareja doméstica; o
- es un *dependiente* con discapacidad, según se define en el Apéndice A.

Los *dependientes* también deben cumplir cualquier otro requisito de elegibilidad y verificación de WellSense y del grupo, lo cual incluye requisitos de residencia, que sean coherentes con las leyes federales y estatales.

Nota: Si está inscripto en el plan de forma apropiada pero vive fuera del *área de servicio* según las normas de elegibilidad del *plan*, solo tiene cobertura para *atención de urgencia* y de *emergencia*; puede entrar al *área de servicio* en cualquier momento para recibir la cobertura de todos los servicios cubiertos por parte de los *proveedores de la red*, y se aplican todas las normas de *costos compartidos* y otros pagos a los servicios recibidos fuera del *área de servicio*.

Aceptación: la aceptación en el *plan* nunca se basa en sus ingresos; condición física o mental; edad; ocupación; experiencia en reclamos; duración de la cobertura; afección médica; género; orientación sexual; religión; discapacidad física o mental; grupo étnico o raza; estado anterior como *miembro*; afecciones preexistentes; o afección de salud real o esperada. No utilizamos los resultados de pruebas genéticas para tomar decisiones acerca de la afiliación, elegibilidad, renovación, pago o cobertura de servicios de atención médica. Tampoco consideramos ningún historial de abuso doméstico o exposición real o sospechada de exposición al dietilestilbestrol (DES) para tomar estas decisiones.

Verificación de elegibilidad: en ocasiones, el *plan* podría requerir una verificación razonable de la elegibilidad. Los ejemplos incluyen pruebas de residencia, estado civil, estado de *dependiente* con discapacidad o nacimiento o adopción de un hijo. Debe brindarnos pruebas cuando las solicitamos. La inscripción en el *plan* puede continuar siempre que siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad y con los pagos de la *prima* aplicable. Si un *miembro* no coopera con los pedidos razonables de prueba de elegibilidad o continuación de la elegibilidad, podría finalizarse el *plan*.

Cobertura:

- Una vez que se inscriba correctamente en el *plan*, pagaremos por los *servicios cubiertos* que usted reciba en su fecha de entrada en vigor de su cobertura o después según esta EOC.
- Si está hospitalizado cuando comienza la afiliación: si usted es un paciente hospitalizado en la fecha de entrada en vigor de su cobertura, estará cubierto por el *plan* bajo esta EOC a partir de su fecha de entrada en vigor de la cobertura, siempre que usted llame o alguien que actúe en su nombre llame al *plan* y nos permita manejar su atención. Esto puede incluir una transferencia a un hospital de la *red*, si es médicamente apropiado.
- WellSense no impone períodos de espera ni condiciones, límites o exclusiones preexistentes. Su grupo podría tener su propio período de espera: comuníquese con su grupo para obtener más información.
- El *plan* no paga por servicios, suministros o medicamentos que recibió antes de la fecha de entrada en vigor del *plan*.

Inscripción

Inscripción inicial: un *suscriptor*, junto con sus *dependientes* elegibles, puede inscribirse en este *plan* en la fecha de

elegibilidad inicial de su grupo. Esta fecha la determina su grupo y el *plan*. Su grupo le indicará cómo y cuándo puede inscribirse. Si decide no inscribirse para la cobertura en su fecha de elegibilidad inicial, puede inscribirse únicamente durante el período de inscripción abierta anual de su grupo o como resultado de un evento de inscripción especial determinado por la ley. Consulte a continuación.

Período de inscripción abierta: si no se inscribe en la fecha de elegibilidad inicial o lo hizo, pero desea hacer cambios, podría inscribirse o hacer cambios durante el período de inscripción abierta de su grupo. Es la época del año en la que las personas elegibles pueden postularse para obtener más cobertura o hacer cambios en la cobertura existente para el año siguiente. El grupo le dirá cuándo es el período de inscripción abierta y cómo inscribirse o hacer cambios.

Inscripción especial: si decide no inscribirse en el *plan* en la fecha de inscripción inicial del grupo, las leyes federales o de MA podrían permitir que se inscriba cuando:

- perdió otra cobertura calificada: consulte Pérdida de otra cobertura calificada a continuación; o
- el empleado obtiene un nuevo *dependiente* elegible: consulte Cómo agregar nuevos *dependientes* a continuación; o
- es elegible para obtener asistencia de un programa de Medicaid o CHIP.

Podría haber derechos de inscripción especial adicionales según las leyes federales o estatales. Consulte con su grupo o llame al *plan* para obtener más información.

Pérdida de otra cobertura calificada: un empleado elegible podría decidir no inscribirse, o no inscribir a un *dependiente* elegible, en este *plan* en la fecha de elegibilidad inicial del grupo porque ya tenía otra cobertura de salud calificada según lo definido en la ley federal. En ese caso, el empleado elegible o el *dependiente* podría inscribirse si, en una fecha posterior, pierde la otra cobertura de salud calificada por alguna de las siguientes razones:

- De forma involuntaria, deja de ser elegible para la otra cobertura de salud calificada. (Por ejemplo, la pérdida se debe a la pérdida de cobertura de un cónyuge, divorcio, la muerte de un cónyuge, la pérdida del estado de *dependiente*, la finalización involuntaria o la pérdida de cobertura de un programa de Medicaid o CHIP).
- El empleado o los *dependientes* elegibles agotan la continuación de cobertura de grupo en los demás *planes* de salud de grupo calificados.
- El empleador que patrocina las demás coberturas de grupo en *planes* de salud calificados deja de contribuir a la cobertura.

Este derecho de inscripción especial no aplica si la pérdida de otra cobertura calificada se debe a la falta de pago de las *primas* del empleado o del *dependiente*.

Cómo agregar nuevos dependientes: Después de que el *suscriptor se inscribe*, podría postularse para agregar *dependientes* elegibles que no están inscritos en el *plan* solo en los siguientes casos:

- Durante el período de inscripción abierta del grupo; o
- Dentro de los 30 días posteriores a cualquiera de los siguientes eventos:
 - Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación del matrimonio.
 - Nacimiento de un hijo.
 - Adopción de un hijo o en una fecha anterior en la que recibe al hijo o con el objetivo de adopción o la fecha en la que presenta una solicitud de adopción.
 - Un tribunal ordena que cubra un hijo mediante una Orden válida de cobertura médica para un menor, u otra.
 - Otros motivos según lo requieran las normas estatales o federales.

Requisito de tiempo para inscripciones especiales:

- Debe notificar al grupo, como máximo, 30 días después de la fecha de pérdida de otra cobertura calificada o la fecha del evento que lo califique a agregar un nuevo *dependiente*. Si no solicita la inscripción dentro de los 30 días, tendrá que esperar al siguiente período de inscripción abierta del grupo para inscribirse al *plan*.
- Regla especial: si el derecho de inscripción especial se debe a la finalización de una cobertura o a la elegibilidad de asistencia en un programa estatal de Medicaid o CHIP, debe notificar al grupo, como máximo, 60 días después de la finalización de la fecha de cobertura o la fecha en que se determina que será elegible para obtener asistencia.

Cómo inscribirse: hable con el grupo para conocer los procesos de inscripción específicos o llame a Servicios para Miembros.

Niños recién nacidos y adoptivos: cobertura:

- Un bebé recién nacido de un *miembro* es elegible para cobertura bajo el *plan* desde el momento del nacimiento según lo exige la ley de MA. El *suscriptor* debe inscribir correctamente al recién nacido en el *plan* dentro de los 60 días posteriores al nacimiento. Si el *suscriptor* inscribe al recién nacido dentro de esos 60 días, el recién nacido está cubierto desde el nacimiento para todos los *servicios cubiertos*. Sin embargo, si el *suscriptor* no inscribe al recién nacido dentro de los 60 días posteriores al nacimiento: el *plan* solo cubrirá los costos de enfermería de rutina y la atención de bienestar del recién nacido (consulte el Capítulo 3: Servicios para pacientes hospitalizados/atención por maternidad) y el *suscriptor* debe esperar al próximo período de inscripción abierta para inscribir al niño.
 - El *suscriptor* debe inscribir a un niño adoptivo dentro de los siguientes 60 días después de la fecha de presentar una petición para adoptar al/a la niño(a); o la fecha en que el/la niño(a) se coloca con el *suscriptor* con el propósito de adopción. De lo contrario, el *suscriptor* debe esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta para inscribir a un hijo adoptivo.
 - Elija un *PCP* para su hijo recién nacido o adoptivo dentro de las siguientes 48 horas: después del nacimiento del recién nacido, o después de la fecha de adopción o colocación para adopción. Este *PCP* puede administrar la atención del/de la niño(a) desde el momento del nacimiento o adopción.
 - Comuníquese con Servicios para Miembros de su grupo para obtener información adicional acerca de la inscripción de un recién nacido o de un niño adoptivo.

Cambio en la categoría de elegibilidad: es responsabilidad del *suscriptor* notificar al grupo de todos los cambios en la familia que podrían afectar su elegibilidad o la de sus *dependientes* bajo el *plan*; o el monto de *prima* que debe pagarse por la cobertura del *plan*. La notificación debe ocurrir dentro de los 60 días posteriores al evento. Los cambios que requieren aviso incluyen lo siguiente:

- Tener un bebé o adoptar un niño(a).
- El matrimonio, el divorcio, la separación legal o el segundo matrimonio de un cónyuge inscrito en el *plan*.
- Cambios de dirección o mudarse fuera del *área de servicio* del *plan*.
- Fallecimiento de un *miembro*.
- Cuando el *suscriptor* o un *dependiente* ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del *plan* o del grupo.

Nota: Los cambios en *dependientes* cubiertos por el *plan* pueden ocasionar un cambio en la *prima*.

Cambios de dirección y teléfono: informe al *plan* si cambia su dirección o número telefónico. Esto garantizará que reciba información y avisos importantes.

Pago de primas: a los grupos se les requiere pagar una *prima* mensual por el *plan* o su representante. El *plan* le hará saber al grupo el monto de la *prima* y la fecha límite mensual. La *prima* se deberá pagar dentro de la fecha límite que se indica en la factura. Solo los *miembros* cuya *prima* correspondiente haya sido recibida por el *plan* tienen derecho a los *servicios cubiertos*. En caso de que un grupo se demore en pagar las *primas* requeridas (morosidad), el *plan*, en la medida permitida por ley, puede suspender, a su exclusivo criterio, el pago de reclamos y/o una autorización previa de los servicios hasta que se reciba el pago completo de la *prima*. Tenga en cuenta:

- El monto de la *prima* que debe pagar un grupo puede cambiar durante el plazo de esta EOC. El *plan* notificará al grupo sobre cualquier cambio en la *prima*.
- El *plan* enviará a los *suscriptores* una notificación anual que indique la *prima* que debe pagar su grupo.

Terminación de la cobertura del grupo: la cobertura bajo el *contrato de grupo* terminará por alguna de las siguientes circunstancias:

Pérdida de elegibilidad de la cobertura de grupo: su cobertura del *plan* finalizará cuando ya no sea elegible para la cobertura del grupo (sujeto a la continuación de las disposiciones de cobertura descritas en el Capítulo 5).

- *Termina la elegibilidad del suscriptor.* La cobertura de un *suscriptor* terminará cuando pierda elegibilidad para la cobertura de salud del grupo. Los motivos incluyen: el *suscriptor* abandona el empleo, las horas del *suscriptor* se reducen o el *suscriptor* ya no cumple con las reglas definidas por el *plan* o el grupo para la cobertura según el *contrato del grupo*. Si la cobertura de un *suscriptor* termina, también lo hacen las coberturas de todos sus *dependientes* inscritos.
- *Termina el estado de dependiente.* La cobertura de un *dependiente* terminará cuando pierda su estado como *dependiente*. Ya no cumple con los requisitos de residencia o lugar de trabajo del *plan*. En este caso, su grupo podría brindarle una alternativa de cobertura si mantiene la elegibilidad según el *plan* de beneficios de salud del grupo. Llame al grupo para obtener más información. Informe este cambio al grupo.
- Su grupo no paga las primas. La cobertura de todos los *miembros* del grupo terminará si el grupo no paga las *primas* a WellSense en la fecha especificada en el *contrato del grupo*. En este caso, WellSense le notificará por escrito (en su última dirección conocida) dentro de los 60 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la terminación de la cobertura del grupo según la ley de MA. La fecha de entrada en vigor de la terminación es retroactiva al último día del mes de cobertura para el cual se pagó una *prima*. En nuestro aviso se describirá su derecho de elegir una continuación temporal de la cobertura (TCC, por sus siglas en inglés) y la cobertura con un *contrato individual*, y cómo optar por TCC. Si elige TCC y paga la *prima* requerida a WellSense, estará cubierto por TCC durante el período entre la fecha de entrada en vigor de la terminación de la cobertura del *contrato del grupo* y la fecha de nuestro aviso por escrito que informe que la terminación fue efectiva. (Los *servicios cubiertos* por TCC son exactamente los mismos que los de la cobertura del *contrato del grupo*). A menos que un *suscriptor* elija la opción TCC y haga el pago de la *prima* requerido, el *suscriptor* es responsable por todos los reclamos por servicios recibidos después de la fecha de entrada en vigor de la terminación (que puede ser de hasta 60 días antes). Después de terminada la TCC, podría ser elegible para elegir una cobertura bajo un *contrato individual*. Para obtener más información sobre *contratos individuales*, llame a Servicios para Miembros.
- Termina la relación entre el grupo y WellSense. La cobertura termina si la relación entre su grupo y WellSense termina por motivos que no sean la falta de pago de la *prima* del grupo. Los ejemplos son: el grupo o WellSense termina el *contrato del grupo* según lo que permite el *contrato*; el *contrato del grupo* no se renueva; el grupo ya no califica para cobertura de grupo (p. ej., el grupo ya no opera); o WellSense deja de operar. Si la cobertura termina según lo establecido en esta subsección, le enviaremos un aviso de terminación al grupo con la fecha de entrada en vigor de la terminación. Su grupo es responsable de informarnos la terminación. WellSense no es responsable si su grupo no le informa a usted sobre la terminación.

Terminación de la cobertura del grupo por el suscriptor: su cobertura en este *plan* terminará cuando el *suscriptor* elija cancelar la cobertura según lo permite el grupo. Comuníquese con su grupo para obtener más información.

Terminación de la cobertura del miembro por WellSense: WellSense podría cancelar la cobertura del *contrato del grupo* ante las siguientes situaciones:

- Usted comete actos de abuso físico o verbal no relacionados con su condición física o mental que representan una amenaza a cualquier proveedor, otros miembros *del plan*, a WellSense o a cualquier empleado de WellSense.
- Usted comete un acto de declaración falsa intencional o fraude al grupo o a WellSense. Algunos ejemplos son:
 - Dio información falsa o engañosa en el formulario de inscripción.
 - Inscribió a alguien como *dependiente* cuando no lo es.
 - Dejó que alguien más use su tarjeta de identificación para que reciba cobertura que no le corresponde.

La terminación en esta subsección podría ser desde la fecha de entrada en vigor o la fecha de la declaración falsa o fraude, según lo determine WellSense de acuerdo con la ley vigente. Si la cobertura se terminó según lo estipulado en esta subsección, no podrá volver a inscribirse en otro *plan* de WellSense.

- Usted no cumple con las disposiciones del *contrato del grupo* o de la EOC. Ejemplo: no cumple con la solicitud razonable de información de parte nuestra para verificar la elegibilidad.
- WellSense discontinúa el *plan*. Podríamos discontinuar el *plan* por cualquier razón a partir de una fecha aprobada por la Comisión de Seguros de Massachusetts.

Otra información relacionada con la terminación:

Beneficios después de la terminación: pagaremos los *servicios cubiertos* que recibió entre la fecha de entrada en vigor de la cobertura y la fecha de terminación. El *plan* no pagará los servicios, suministros o medicamentos que usted reciba después de que su cobertura termine, aun si:

- usted estaba recibiendo atención como paciente hospitalizado o paciente ambulatorio después de terminada su cobertura; o bien
- usted tenía una afección médica (conocida o desconocida), como embarazo, que requiere atención médica después de la terminación de su cobertura.

Tarifas de cancelación de la inscripción voluntaria e involuntaria de los miembros: El *plan* le notificará a usted anualmente acerca de la tarifa de cancelación de la inscripción voluntaria e involuntaria como *miembro*.

Continuación de la cobertura: una vez que termine la cobertura, podría ser elegible para continuarla con nosotros en el mismo contrato de grupo **o para inscribirse en un contrato individual. Consulte el Capítulo 5 a continuación.**

CAPÍTULO 5: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE GRUPO

Continuación de la cobertura de grupo bajo la ley federal (COBRA): Según la ley COBRA (Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado, por sus siglas en inglés) de 1985, los *miembros* del grupo pueden ser elegibles para continuar con la cobertura bajo el *contrato del grupo* si usted se inscribió en un grupo que tiene 20 empleados elegibles o más; usted experimenta un evento calificador que podría hacer que pierda su cobertura de grupo; y usted elige la cobertura según lo dispuesto en COBRA. A continuación hay un breve resumen de la cobertura de continuación de COBRA.

- **Eventos calificadores:** los eventos calificadores que pueden darle derecho a usted a una cobertura COBRA continuada son los siguientes:
 - Terminación del empleo del *suscriptor* (por razones distintas a conducta inapropiada grosera).
 - Reducción en las horas de trabajo del *suscriptor*.
 - Divorcio o separación legal del *suscriptor*.
 - Fallecimiento del *suscriptor*.
 - Derecho del *suscriptor* a recibir los beneficios de Medicare.
 - Pérdida del estado como *dependiente* elegible.
- **Período de cobertura continuada bajo COBRA:** el período de cobertura continuada de grupo comienza con la fecha de su evento calificador. La duración de esta cobertura continuada del grupo será hasta 36 meses a partir de dicho evento calificador. Esto es así con la excepción de la terminación del empleo del *suscriptor* o la reducción en las horas de trabajo del *suscriptor* en cuyo caso la cobertura continuada de grupo está disponible únicamente por 18 meses, o, si usted califica como discapacitado bajo el título II o XVI de la Ley de Seguro Social hasta 29 meses. La cobertura de COBRA terminará al final del período máximo de cobertura; sin embargo, la cobertura puede terminar antes si la *prima* no se paga a tiempo; su grupo deja de mantener cualquier *plan* de salud del grupo; el grupo termina su *contrato de grupo* con el *plan* (en cuyo caso usted puede continuar su cobertura bajo otro *plan* de salud); o por otras razones, tales como el final de la discapacidad o ser elegible para obtener otra cobertura.
- **Costo de la cobertura:** En la mayoría de los casos, usted es responsable por el pago de 102 % del costo de la cobertura.
- **Cobertura continua para suscriptores discapacitados:** en el momento de la terminación del empleo del *suscriptor* o reducción en las horas de trabajo (o dentro de los siguientes 60 días del evento calificador según la ley federal), si se determina que un *suscriptor* o su *dependiente* elegible está incapacitado bajo el título II o el título XVI de la Ley del Seguro Social, la cobertura continuada de grupo estará disponible hasta por 29 meses desde la fecha del evento calificador. El costo de la *prima* por los 11 meses adicionales puede ser hasta el 150 % de la tarifa de la *prima*.
- **Inscripción:** Para poder inscribirse, usted debe llenar un formulario de elección y devolverlo a su grupo. El formulario debe devolverse dentro de los siguientes 60 días a partir de la fecha de terminación de su cobertura de grupo o su notificación (por su grupo) de elegibilidad, lo que ocurra después. Si usted no envía el formulario completado, se considerará como una renuncia. Esto significa que no se le permitirá continuar la cobertura en este *plan* bajo un *contrato de grupo*.
- **Para obtener más información acerca de COBRA,** comuníquese con su grupo o con Servicios para Miembros.

Continuación de la cobertura de grupo bajo la ley de MA (Massachusetts): en virtud de la ley de cobertura de continuación de MA, los *miembros* del grupo pueden ser elegibles para continuar con la cobertura bajo el *contrato de grupo* si usted se inscribió en un grupo que tiene entre de 2 y 19 empleados elegibles; usted experimenta un evento calificador que podría hacer que pierda su cobertura de grupo; y usted elige la cobertura según lo establecido por la ley de MA. A continuación, hay un breve resumen de la cobertura de continuación de MA.

- **Eventos calificadores:** Los eventos calificadores que pueden darle derecho a usted a una cobertura continuada bajo la ley de MA son los siguientes:
 - Terminación del empleo del *suscriptor* (por razones distintas a conducta inapropiada grosera).

- Reducción en las horas de trabajo del *suscriptor*.
 - Divorcio o separación legal del *suscriptor*.
 - Fallecimiento del *suscriptor*.
 - Derecho del *suscriptor* a recibir los beneficios de Medicare.
 - Pérdida del estado como *dependiente* elegible.
- **Período de cobertura continuada:** En la mayoría de los casos, la cobertura de continuación es efectiva desde la fecha posterior al día en que termina la cobertura de grupo. En la mayoría de los casos, termina 18 o 36 meses desde la fecha del evento calificador, según el tipo de evento calificador.
 - **Costo de la cobertura:** En la mayoría de los casos, usted es responsable del pago de 102 % de la *prima de grupo*.
 - **Inscripción:** Para poder inscribirse, usted debe llenar un formulario de elección y devolverlo a su grupo. El formulario debe devolverse dentro de los siguientes 60 días a partir de la fecha de terminación de su cobertura de grupo o su notificación (por su grupo) de elegibilidad, lo que ocurra después. Si usted no envía el formulario completado, se considerará como una renuncia. Esto significa que no se le permitirá continuar la cobertura en este *plan* bajo un *contrato de grupo*.
 - **Para obtener más información acerca de la cobertura de continuación de MA,** comuníquese con su grupo o el *plan*.

Cierre de una planta: en virtud de la ley de MA, los *miembros* del grupo que pierden la elegibilidad para la cobertura bajo un *contrato de grupo* debido al cierre de una planta o al cierre parcial de una *planta* (según lo que defina la ley) pueden ser elegibles para continuar la cobertura bajo el *contrato de grupo* hasta por 90 días después del cierre de la *planta*. Si esto le sucede, el *suscriptor* y su *grupo* pagarán cada uno sus partes del costo de la *prima* hasta por 90 días después del cierre de la *planta*. El grupo es responsable de notificar a los *suscriptores* acerca de su elegibilidad. Llame a su grupo o al *plan* para obtener información adicional.

Divorcio o separación: en caso de un divorcio o separación legal, la persona que fue el cónyuge del *suscriptor* antes del divorcio o separación legal seguirá siendo elegible para la cobertura en este *plan* bajo el *contrato de grupo* del *suscriptor*, bien sea que la resolución haya sido presentada o no antes de la fecha de entrada en vigor del *contrato del grupo*. Esta cobertura no requiere una *prima* adicional aparte del costo normal de la cobertura de un cónyuge actual. El excónyuge sigue siendo elegible para esta cobertura únicamente hasta que ocurra lo primero entre los siguientes: el *suscriptor* ya no está obligado por la resolución a proporcionar un seguro médico para el excónyuge; o el *suscriptor* o el excónyuge se vuelve a casar. Si el *suscriptor* se vuelve a casar y la resolución así lo estipula, el excónyuge podrá continuar la cobertura bajo el *plan* de acuerdo con la ley de MA (Massachusetts).

Cobertura bajo un contrato individual: si su cobertura de *grupo* termina, usted podría ser elegible para inscribirse en la cobertura bajo un *contrato individual*. Esta cobertura se ofrece por medio de la autoridad del Operador de salud de Commonwealth Health Insurance ("Operador de salud" [Health Connector]) o directamente por WellSense. Tenga en cuenta que la cobertura bajo un *contrato individual* puede diferir de la cobertura bajo un *contrato de grupo*. Para obtener más información, llame al Operador de salud (877-MA-ENROLL), ingrese al sitio web del Operador de salud (mahealthconnector.org) o llame a Servicios para Miembros de WellSense.

CAPÍTULO 6. PROCESO DE SATISFACCIÓN DEL MIEMBRO

Introducción: El *plan* se compromete a resolver cualquier duda que pueda tener sobre cómo opera el *plan* sus beneficios o la calidad de la atención médica que usted recibió de *proveedores de la red*. Para eso, tenemos los siguientes procesos (cada uno descrito en más detalle a continuación) según el tipo de duda que usted tenga:

- Proceso interno de *consultas*:
- Proceso interno de *quejas*.
- Proceso interno de *apelaciones* (incluidas las *apelaciones expeditas*).
- Revisión externa por la Oficina de Protección al Paciente de la Comisión de Políticas de Salud de Massachusetts.

Proceso interno de consultas:

¿Qué es una *consulta*? Una *consulta* es cualquier comunicación que usted le hace al *plan* para solicitar que abordemos una acción, política o procedimiento del *plan*.

Proceso interno de *consultas*: este es un proceso informal utilizado para resolver la mayoría de las consultas. Llame a Servicios para Miembros al 855-833-8120 para discutir su duda.

Nota: El proceso interno de *consultas* no se utiliza para resolver dudas sobre la calidad de la atención recibida por usted o una determinación adversa (denegación de cobertura basada en una *necesidad médica*). Si su duda se refiere a:

- la calidad de la atención que usted recibió de un *proveedor de la red*: Servicios para Miembros remitirá su inquietud directamente a nuestro Proceso interno de *quejas* (consulte a continuación).
- una determinación adversa, Servicios para Miembros remitirá su inquietud directamente a nuestro Proceso interno de *apelaciones* (consulte a continuación).

El personal de Servicios para Miembros revisará e investigará su *consulta* y en la mayoría de los casos le responderá por teléfono dentro de 3 días hábiles. Durante nuestra llamada: le informaremos nuestra decisión o le informaremos que no pudimos resolver su *consulta* dentro de los 3 días hábiles. Si usted indica que no está satisfecho con nuestra decisión, o no pudimos resolver su *consulta* dentro de los 3 días hábiles, le ofreceremos iniciar una revisión de su asunto a través de nuestro proceso formal interno de *quejas* o *apelaciones* (consulte a continuación). El proceso que usemos dependerá del tipo de *consulta* que usted haya hecho.

Proceso interno de quejas:

¿Qué es una *queja*? Una *queja* es un reclamo formal que hace usted sobre:

- *Administración del plan* (cómo opera el *plan*): Cualquier acción tomada por un empleado del *plan*, cualquier aspecto de los *servicios, políticas o procedimientos del plan* o un *problema de facturación del plan*.
- Acceso, actitud o servicio de un proveedor: cualquier disconformidad con un *proveedor de la red* del *plan* debido a la falta de disponibilidad del proveedor, cómo siente que lo trató un proveedor o miembro de su personal o falta de limpieza en el consultorio de un proveedor
- Calidad de la atención: la calidad de atención que usted recibió de un *proveedor de la red* del *plan*. Nos referimos a este tipo de *queja* como una "*queja* de calidad de la atención". (Si se siente cómodo al hacerlo, le aconsejamos que hable primero con el *proveedor de la red* sobre las inquietudes de calidad de la atención antes de presentar una *queja* sobre la calidad de la atención. Sin embargo, no es un requisito que lo haga antes de presentarnos este tipo de *queja*).

Nota: El Proceso interno de *quejas* *no* se utiliza para resolver los reclamos que son o podrían ser *apelaciones*. Estos tipos de *quejas* se manejan a través del Proceso interno de *apelaciones*. (Consulte a continuación).

Cómo y dónde puede presentar una *queja*: la forma preferida para presentar una *queja* es hacerlo por escrito y enviarla a nuestra dirección por correo normal o vía fax. También puede entregarla en persona en una de nuestras oficinas. (Consulte la Guía de direcciones y números telefónicos al comienzo de esta EOC). También puede presentar su *queja*

verbalmente en persona o si llama a Servicios para Miembros al **855-833-8120**. Para las quejas verbales relacionadas con los **servicios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias**, debe llamar al **877-957-5600**. Si presenta su *queja* verbalmente, redactaremos un resumen de la *queja* y le enviaremos una copia dentro de las 48 horas posteriores a la recepción (a menos que el límite de tiempo sea extendido por acuerdo mutuo por escrito). Las quejas por escrito deben incluir:

- su nombre;
- dirección;
- *número de identificación del plan*;
- número de teléfono durante el día;
- descripción detallada de la *queja* (que incluya las fechas relevantes y los nombres de los proveedores);
- cualquier documento pertinente relacionado con su *queja*, tal como estados de facturación; y
- el resultado específico que usted solicita.

Debe enviar su queja por escrito a:

WellSense Health Plan Employer Choice Direct

529 Main Street, Suite 500

Charlestown, MA 02129

Attention: Member Grievances

Fax: 617-897-0805

Si desea presentar una *queja* personalmente, puede acudir a cualquiera de las direcciones anteriores.

Las quejas por escrito relacionadas con los **servicios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias** deben incluir la información mencionada anteriormente y se deben enviar a:

Quality Department

Carelon Behavioral Health, Inc.

P.O. Box 1856

Hicksville, NY 11802

Teléfono: 877-957-5600

Fax: 781-994-7642

Cuándo presentar una *queja*: usted puede presentar su *queja* en cualquier momento dentro de los 180 días siguientes a la fecha del evento, situación o tratamiento que corresponda. Le recomendamos presentar su *queja* lo antes posible.

Acuse de recibo del plan de su *queja*: si usted presentó una *queja*, por escrito, le enviaremos una carta ("acuse de recibo") para informarle que hemos recibido su *queja*. Le enviaremos esta carta dentro de los 15 días hábiles después de recibir su *queja*. Si presentó su *queja* verbalmente, le enviaremos un resumen de la *queja* dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de su *queja*. Este resumen servirá tanto como un registro escrito de su *queja* como un acuse de recibo. Estos límites de tiempo pueden ser extendidos por mutuo acuerdo por escrito entre usted y nosotros.

Divulgación de expedientes médicos: Podemos solicitar un formulario de autorización de divulgación de expedientes médicos firmado. Este formulario autoriza a los proveedores a proporcionarnos su información médica. Debe estar firmado y fechado por usted o su Representante autorizado. (Cuando lo firma un Representante autorizado, se debe proporcionar una constancia adecuada de autorización para divulgar información médica). Si no se incluye un formulario de autorización de divulgación de expedientes médicos junto con su *queja*, Servicios para Miembros le enviará un formulario en blanco de inmediato. Es muy importante que llene y nos envíe este formulario. Esto nos permite obtener la información médica que necesitamos para abordar su *queja*. Si no recibimos este formulario en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su *queja*, podremos responder a su *queja* sin haber revisado la información médica relevante. Además, si recibimos el formulario de usted, pero su proveedor no entrega sus expedientes médicos de manera oportuna, le pediremos a usted que acuerde ampliar el límite de tiempo para que nosotros respondamos su *queja* (consulte "Plazos para la revisión y respuesta a su *queja*" a continuación). Si no

podemos lograr un acuerdo sobre la extensión de tiempo, podremos responder a su *queja* sin haber revisado la información médica relevante.

Quién revisará su *queja*: Las quejas administrativas del proveedor del *plan* serán investigadas y revisadas por un especialista en Apelaciones y *Quejas*. Él o ella también hablará con los otros departamentos adecuados o proveedores y/o miembros de su personal. Las *quejas* por calidad de la atención serán investigadas y revisadas por el personal clínico de la Oficina de Asuntos Clínicos. Todas las revisiones las realizarán *personas* adecuadas que conocen sobre los asuntos involucrados en su *queja*. Las resoluciones se basarán en los términos de esta EOC (Evidencia de Cobertura); las opiniones de sus proveedores de tratamiento; las opiniones de nuestros revisores profesionales; registros aplicables proporcionados por usted o por proveedores; y cualquier otra información relevante a nuestra disposición.

Plazos para la revisión y la respuesta a su *queja*: le enviaremos una respuesta por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su *queja*. Este período de 30 días calendario se inicia de la siguiente manera:

- Si su *queja* requiere que revisemos sus expedientes médicos, el período de 30 días calendario no comienza sino hasta que recibamos de usted un formulario firmado de autorización para divulgar información médica.
- Si su *queja* no requiere que revisemos sus expedientes médicos, el período de 30 días calendario se inicia al siguiente día hábil después de la terminación del período de 3 días hábiles para el procesamiento de *consultas* a través del Proceso interno de *consultas* si la *consulta* no fue atendida dentro de ese período de tiempo; o el día en que nos notificó que no quedó satisfecho con la respuesta a la consulta.

Estos límites de tiempo pueden ser extendidos por mutuo acuerdo por escrito entre usted y nosotros. Ninguna extensión excederá 30 días calendario desde la fecha del acuerdo. Si no respondemos a una *queja* que involucra beneficios dentro de los plazos descritos en esta sección, incluido cualquier acuerdo mutuo de extensión por escrito, su *queja* será resuelta a su favor.

Nuestra respuesta por escrito a su *queja* le presentará otras opciones, si existen, para que el *plan* revise más a fondo su *queja*.

Ninguna *queja* se considerará como recibida por nosotros hasta que el *plan* efectivamente reciba la *queja* en la dirección apropiada o el número telefónico mencionado anteriormente en "Cómo y dónde puede presentar una *queja*".

Proceso interno de apelaciones:

¿Qué es una *apelación*? Una *apelación* es una *queja* formal hecha por usted acerca de una denegación de beneficios, una determinación adversa o una terminación retroactiva de cobertura, todo según se define a continuación:

- Denegación de beneficios:
 - Una decisión del *plan* tomada antes o después de que usted haya obtenido servicios, de denegar la cobertura de un servicio, suministro o medicamento que está específicamente limitado o excluido de la cobertura en esta EOC; o bien
 - Una decisión del *plan* de negar la cobertura por un servicio, suministro o medicamento debido a que usted ya no es elegible para cobertura bajo el *plan*. (Esto significa que usted ya no cumple con los criterios de elegibilidad del *plan*).
- Determinación adversa: Una decisión del *plan* basada en una revisión de la información proporcionada para negar, reducir, modificar o terminar una admisión, continuación de la hospitalización de pacientes o la disponibilidad de cualquier otro servicio de atención médica por no cumplir con los requisitos para cobertura en función de la *necesidad médica*, la pertinencia de un establecimiento de atención médica y el nivel de atención o efectividad. A esto se le conoce como denegaciones de una *necesidad médica* ya que en estos casos el *plan* ha determinado que el servicio no es médicamente necesario para usted.
- Terminación retroactiva de la cobertura: una terminación o suspensión retroactiva de la inscripción como resultado de la determinación del *plan* de que usted ha realizado una acción, práctica u omisión que constituye un fraude; o se han adulterado intencionalmente hechos materiales en lo concerniente a los términos del *plan*.

Cómo y dónde puede presentar una *apelación*:

- La mejor forma de hacerlo es presentar una *apelación* por escrito y enviarla a nuestra dirección por correo

normal o vía fax al 617-897-0805

- También puede entregarla en persona en nuestra oficina. (Consulte las direcciones que se encuentran más adelante en esta sección)
- También puede presentar su *apelación* verbalmente si llama a Servicios para Miembros al 855-833-8120.
- Para las *apelaciones* verbales relacionadas con los **servicios de salud mental** y/o de trastorno por consumo de sustancias, debe llamar al **877-957-5600**.
- Si presenta su *apelación* verbalmente, redactaremos un resumen y le enviaremos una copia dentro de las 48 horas posteriores a la recepción (a menos que el límite de tiempo sea extendido por acuerdo mutuo por escrito).

Las *apelaciones* por escrito deben incluir:

- su nombre;
- dirección;
- *número de identificación del plan*; número de teléfono durante el día;
- descripción detallada de la *apelación* (incluidas fechas relevantes y nombres de proveedores);
- cualquier documento pertinente relacionado con su *apelación*, tal como estados de facturación; y
- el resultado específico que usted solicita.

Debe enviar su *apelación* escrita a:

WellSense Health Plan Employer Choice Direct

Attention: Member Appeals

529 Main Street, Suite 500

Charlestown, MA 02129

Fax: 617-897-0805

Si desea presentar una *apelación* en persona, puede acudir a cualquiera de nuestras oficinas, cuyas direcciones se encuentran más arriba.

Las *apelaciones* por escrito relacionadas con los **servicios de salud mental** o de trastornos por consumo de sustancias deben incluir la información mencionada anteriormente y se deben enviar a:

Appeals Coordinator

Carelon Behavioral Health, Inc.

P.O. Box 1856

Hicksville, NY 11802

Teléfono: 877-957-5600

Fax: 781-994-7636

Cuándo presentar una *apelación*: usted puede presentar una *apelación* en cualquier momento dentro de los 180 días siguientes a la fecha de denegación de la cobertura original. Las *apelaciones* recibidas después de 180 días a partir de la fecha de la denegación de la cobertura original no serán revisadas. Le recomendamos presentar su *apelación* lo antes posible.

Acuse de recibo del plan de su *apelación*: Si usted presentó una *apelación*, por escrito, le enviaremos una carta ("acuse de recibo") para informarle que recibimos su *apelación*: Le enviaremos esta carta en un plazo de 5 días hábiles a partir de la recepción de su *apelación*. Si usted presentó su *apelación* verbalmente, el resumen escrito de su *apelación* realizado por el especialista en *Apelaciones* y Quejas le será enviado dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de su *apelación*. Este resumen servirá tanto como un registro escrito de su *apelación*, como un acuse de recibo. Estos límites de tiempo pueden extenderse por acuerdo mutuo por escrito entre usted y el *plan*.

Divulgación de expedientes médicos: si su *apelación* requiere que revisemos su expediente médico, usted debe incluir un formulario firmado de autorización de divulgación de expedientes médicos. Este formulario autoriza a los proveedores a

proporcionarnos su información médica. Debe estar firmado y fechado por usted o su Representante autorizado. (Cuando lo firma un Representante autorizado, se debe proporcionar una constancia adecuada de autorización para divulgar información médica). Si no se incluye un formulario de autorización de divulgación de expedientes médicos junto con su *apelación*, el especialista en *Apelaciones* le enviará un formulario en blanco de inmediato. Es muy importante que lo llene y nos envíe este formulario para obtener la información médica que necesitamos para abordar su *apelación*. Si no recibimos este formulario en un plazo de 30 días calendario después de recibir su *apelación*, podremos responderla sin haber revisado la información médica relevante. Además, si recibimos el formulario pero su proveedor no nos proporciona sus expedientes médicos a tiempo, le solicitaremos acceder a la extensión del límite de tiempo que nos tomaremos para responder su *apelación* (consulte "Plazos para revisión y respuesta de su *apelación*" a continuación). Si no podemos lograr un acuerdo sobre la extensión de tiempo, podremos responder a su *apelación* sin haber revisado la información médica relevante.

Quién revisará su *apelación*: las *apelaciones* serán investigadas por un especialista en *Apelaciones* y Quejas. Él o ella también hablará con otros departamentos apropiados y con sus proveedores. Todas las decisiones serán tomadas por *personas* adecuadas que conocen sobre los asuntos relacionados con su *apelación*. Las *apelaciones* relacionadas con determinaciones adversas también serán revisadas por al menos un revisor que sea un profesional activo en la práctica de la atención médica, en la misma especialidad o en una similar, que usualmente trata esa afección médica, que realice el procedimiento o proporcione el tratamiento que sea objeto de su *apelación*. Las decisiones se basarán en los términos de esta EOC (Evidencia de Cobertura); las opiniones de sus proveedores tratantes; las opiniones de nuestros revisores profesionales; registros aplicables proporcionados por usted o por proveedores; y cualquier otra información relevante disponible para el *plan*.

Plazos para la revisión y la respuesta a su *apelación*: le enviaremos una respuesta por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su *apelación*. Este período de 30 días calendario se inicia de la siguiente manera:

- Si su *apelación* requiere que revisemos sus expedientes médicos, el período de 30 días calendario no comienza sino hasta que recibamos de usted un formulario firmado de autorización para divulgar información médica.
- Si su *apelación* no requiere que revisemos sus expedientes médicos, el período de 30 días calendario se inicia al siguiente día hábil después de la terminación del período de 3 días hábiles para el procesamiento de consultas a través del Proceso interno de *consultas* si la *consulta* no fue atendida dentro de ese período de tiempo; o el día en que nos notificó que no quedó satisfecho con la respuesta a la *consulta*.

Estos límites de tiempo pueden ser extendidos por mutuo acuerdo por escrito entre usted y nosotros. Ninguna extensión excederá 30 días calendario desde la fecha del acuerdo.

Ninguna *apelación* se considerará como recibida por nosotros hasta que el *plan* efectivamente reciba la *apelación* en la dirección apropiada o el número telefónico mencionado anteriormente en "Cómo y dónde puede presentar una *apelación*".

Las respuestas por escrito a determinaciones adversas que niegan toda o parte de su solicitud de cobertura le explicarán sobre su derecho a solicitar una Revisión externa de parte de una agencia de Revisión externa *independiente*. Esta agencia tiene un *contrato* con la Oficina de Protección al Paciente de la Comisión de Políticas de Salud de Massachusetts.

Si no respondemos a su *apelación* dentro de los plazos descritos en esta sección, incluida cualquier extensión mutuamente acordada, por escrito, la *apelación* será resuelta a su favor.

Proceso interno de apelaciones expeditas (rápidas):

¿Qué es una *apelación* expedita? Una *apelación* expedita es un proceso más rápido para resolver una *apelación*. Este proceso más rápido puede usarse cuando ha habido una denegación de cobertura que involucra servicios inmediatos o de necesidad urgente. Los tipos de *apelaciones* que son elegibles para el proceso de *apelaciones* expeditas son *apelaciones* relacionadas con un riesgo sustancial de daño grave e inmediato; atención para paciente hospitalizado; equipo médico duradero y enfermedad terminal. (Consulte a continuación para obtener información adicional). Las

apelaciones expeditas no se utilizarán para revisar una denegación de beneficios o rescisión de la cobertura.

Cómo y dónde puede presentar una *apelación* expedita: puede presentar una *apelación* expedita de la misma manera que presenta una *apelación* estándar. Consulte la sección anterior: “Cómo y dónde puede presentar una *apelación*”.

Revisión y respuesta a su *apelación* expedita:

- Un riesgo sustancial de daño grave e inmediato: Su *apelación* será una *apelación* expedita si se incluye una certificación firmada por un médico que afirme que, en opinión del médico, el servicio es médicamente necesario; negar tal servicio podría crear un riesgo sustancial de daño grave para usted y el riesgo de daño grave es tan inmediato que la prestación de dichos servicios no debe esperar el resultado del Proceso de *apelación* interna estándar. Esto significa que revisaremos y resolveremos su *apelación* expedita y le enviaremos un aviso por escrito de la decisión dentro de las 72 horas después de recibir esta certificación (a menos que un límite diferente de tiempo, según el detalle a continuación, se aplique a su caso).
- Atención para pacientes hospitalizados: Su *apelación* será una *apelación* expedita si usted es un paciente hospitalizado y su *apelación* está relacionada con una determinación adversa de nuestra parte, en la cual indicamos que la atención que reciba como paciente hospitalizado ya no es médicamente necesaria. Esto significa que revisaremos y resolveremos su *apelación* expedita antes de que le den de alta. Si nuestra decisión continúa negando la cobertura de atención prolongada como paciente hospitalizado, le enviaremos un aviso por escrito de la decisión antes de que le den de alta.
- Equipo médico duradero (“DME”) necesario para evitar un daño grave: Su *apelación* será una *apelación* expedita si el *Plan* recibe una certificación firmada del proveedor responsable del tratamiento propuesto que afirme que, en opinión del proveedor: 1) el equipo médico duradero es médicamente necesario; 2) una denegación del equipo médico duradero podría crear un riesgo sustancial de daño grave para usted; 3) el riesgo de daño grave es tan inmediato que la provisión del equipo médico duradero no debería esperar el resultado del proceso de *apelación* interna estándar; y 4) el proveedor también debe especificar el daño grave e inmediato que puede producirse por la acción ausente del *miembro* dentro de un plazo de 48 horas. Además el *Plan* revertirá automáticamente la denegación inicial del equipo médico duradero dentro de las 48 horas o menos, a la espera de un resultado de la *apelación* interna.
- Enfermedad terminal: Su *apelación* será una *apelación* expedita si usted tiene una enfermedad terminal y presenta una *apelación* para la cobertura de los servicios. (Una enfermedad terminal es probable que cause la muerte dentro de un lapso de 6 meses). Esto significa que le proporcionaremos una resolución por escrito dentro de los 5 días hábiles después de recibir su *apelación*. Si nuestra decisión continúa negando la cobertura, usted puede solicitar una reunión con nosotros para que reconsideremos la denegación. Programaremos la reunión dentro de los 10 días después de recibir su solicitud. Si su médico, después de consultar con el director médico del *plan*, decide que la eficacia del servicio propuesto se reduciría materialmente si no se proporciona a la mayor brevedad, programaremos la audiencia en un plazo de 5 días hábiles. Usted y/o su Representante autorizado pueden asistir a la reunión. Después de la reunión, le daremos un informe por escrito de la decisión.

Si no respondemos a su *apelación* expedita dentro de estos plazos, incluido cualquier acuerdo mutuo de extensión, por escrito, su *apelación* expedita será resuelta a su favor. Además, usted puede tener derecho a buscar recursos en las leyes estatales vigentes; o la sección 502 (a) de ERISA (para *miembros* inscritos a través de un *contrato de grupo* sujeto a ERISA).

Otra información importante:

Quién puede presentar una *queja* o *apelación*: Usted puede presentar su propia *queja* o *apelación*. O bien usted puede elegir que otra persona, conocida como *Representante autorizado*, actúe en su nombre y la presente por usted. Usted debe nombrar a un Representante autorizado por escrito en nuestro formulario titulado “Nombramiento del representante autorizado”. (Si usted es un paciente hospitalizado, un profesional de atención médica o un representante del hospital puede ser su Representante autorizado sin que usted tenga que llenar este formulario). Un Representante autorizado puede ser un miembro de la familia; un agente de acuerdo a un poder notarial; un agente de atención médica con un poder de atención médica; un proveedor de atención médica; un abogado o cualquier otra persona nombrada por escrito por usted que lo represente en una *queja* o *apelación* específica. Podemos requerir la

documentación que comprueba que un Representante autorizado cumple uno de los criterios mencionados.

Reconsideración de una determinación final adversa: El *plan* podría ofrecerle la oportunidad de reconsiderar su decisión de *apelación* final con respecto a una determinación adversa. Podemos ofrecer esto cuando, por ejemplo, la información médica relevante se recibió demasiado tarde para que la revisemos dentro del límite de tiempo de 30 días calendario para una *apelación*; estándar, o no fue recibida pero se espera que esté disponible dentro de un tiempo razonable después de nuestra decisión por escrito sobre su *apelación*. Si usted solicita la reconsideración, debe acordar por escrito un nuevo plazo para la revisión, que no debe exceder 30 días calendario desde el acuerdo de reconsideración de la *apelación*.

Proceso de revisión externa de su *apelación*: el Proceso de revisión externa le permite tener una revisión formal *independiente* de una determinación adversa final tomada por nosotros a través de nuestro Proceso interno de *apelaciones* estándar o el Proceso interno de *apelaciones* expeditas. Únicamente las determinaciones adversas finales son elegibles para Revisión externa, con dos excepciones: no es necesaria una determinación adversa final si (1) el *plan* no ha cumplido con la fecha límite para el Proceso interno de *apelación*; o si (2) usted (o su Representante autorizado) presentan una solicitud para una Revisión externa expedita al mismo tiempo que presentan una solicitud para una *apelación* interna expedita. Para obtener más información, consulte a continuación: Proceso de revisión externa *independiente*.

Cobertura hasta que se resuelva su *apelación*: Si su *apelación* involucra la terminación de la cobertura o el tratamiento continuo, la cobertura en disputa permanece vigente por cuenta nuestra hasta la terminación del Proceso interno de *apelaciones* estándar o el Proceso interno de *apelaciones* expeditas (sin importar el resultado del proceso) si la *apelación* se presentó de manera oportuna; originalmente, los servicios han sido autorizados por nosotros antes de la presentación de su *apelación* (excepto por los servicios procurados debido a un reclamo de un riesgo sustancial de daño serio e inmediato); los servicios no se suspendieron debido a una exclusión relacionada con un episodio o tiempo específico en esta EOC; y usted continúa inscrito como *miembro*.

Acceso a información médica: usted tiene derecho a tener libre acceso y copias de la información médica relacionada con su *reclamo* o *apelación* que está en nuestra posesión y bajo nuestro control. Para obtener esta información, comuníquese con el empleado del *plan* que esté coordinando la revisión de su *queja* o *apelación*, o con Servicios para Miembros. Si recibimos o nos basamos en cualquier información nueva o adicional en relación con su *queja* o *apelación*, le proporcionaremos una copia de dicha información de acuerdo con la ley.

Proceso de revisión independiente externa: usted puede impugnar una decisión final de una *apelación* en relación con una determinación adversa. Para hacer esto, usted debe solicitar una Revisión externa de la decisión. Las Revisiones externas las lleva a cabo una organización *independiente* bajo *contrato* con la Oficina de Protección al Paciente (OPP, por sus siglas en inglés) de la Comisión de Políticas de Salud de Massachusetts. Las denegaciones de beneficios y rescisiones de cobertura **no** son elegibles para Revisión externa.

Usted puede también presentar una solicitud para una Revisión externa antes de recibir la decisión final de la *apelación* relacionada con una determinación adversa si el *plan* no cumple con la fecha límite para el Proceso interno de *apelaciones*.

Usted mismo puede solicitar la revisión externa. O puede tener un Representante autorizado, incluido un proveedor de atención médica o un abogado, para que le represente durante el proceso de revisión externa.

Cómo solicitar una revisión externa: para solicitar una Revisión externa, usted deberá presentar una solicitud por escrito a la OPP dentro de los 4 meses después de que usted haya recibido, por parte del *plan*, la notificación escrita de la decisión final de la *apelación*. Se adjuntará una copia de los formularios de revisión externa de la OPP y otro tipo de información, junto con la notificación del *plan* sobre su decisión de denegar su *apelación*.

Revisión externa expedita: usted puede solicitar una Revisión externa expedita. Para hacerlo, debe incluir una certificación escrita de un médico que indique que una demora en la prestación o continuación de los servicios de salud que son objeto de la decisión final de la *apelación* representaría un riesgo grave e inmediato a su salud. Si la

OPP encuentra que existe tal riesgo grave e inmediato para su salud, su solicitud se calificará como elegible para una Revisión externa expedita.

Puede presentar una solicitud para una Revisión externa expedita (1) al mismo tiempo que presenta una solicitud para una apelación interna expedita, o (2) dentro de los dos días posteriores a la decisión del *plan* de rechazar su *apelación* interna expedita.

Requisitos para una revisión externa:

- La solicitud debe presentarse en el formulario de solicitud de OPP denominado: "Solicitud de revisión externa independiente de seguro médico". Le enviaremos este formulario cuando le enviemos la carta con la determinación adversa final. También puede obtener copias de este formulario si llama a Servicios para Miembros, a la OPP al 800-436-7757, o desde el sitio web de la OPP en: mass.gov/hpc/opp.
- El formulario deberá incluir su firma o la firma de su Representante autorizado, para otorgar permiso para divulgar información médica. Si corresponde, debe adjuntar una copia de la decisión final del *plan* sobre la *apelación*.
- Usted debe incluir el pago de los honorarios de presentación de la OPP.

Si su solicitud de una Revisión externa expedita incluye una determinación adversa final que trate sobre una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua, o servicio de atención médica por el cual recibió servicios de *emergencia*, pero no fue dado de alta de una institución, OPP considera que dicha solicitud cumple los estándares para una revisión expedita. En esta circunstancia, no es necesaria una certificación de un profesional de atención médica para solicitar una Revisión externa expedita. Es necesaria una certificación de un profesional de atención médica para todas las otras solicitudes de Revisión externa expedita.

Cobertura durante el período de revisión externa: si el objeto de la Revisión externa involucra la suspensión de servicios continuos (paciente ambulatorio o paciente hospitalizado), usted puede solicitar a la agencia de Revisión externa que continúe la cobertura del servicio durante el período en que la revisión esté pendiente. Cualquier solicitud de continuación de la cobertura deberá hacerse ante el panel de revisión antes de que termine el segundo día laboral después de que usted reciba la decisión final de su *apelación* por parte del *plan*. El panel de revisión puede solicitar la continuación de la cobertura: si determina que la terminación de la cobertura puede producir un daño sustancial para su salud; o por cualquier otra causa apropiada que el panel de revisión determine. Nos haremos cargo de la continuación de la cobertura, independientemente de la decisión final de la Revisión externa.

Acceso a la información: Usted puede tener acceso a cualquier información médica y a los archivos relacionados con su Revisión externa que estén en nuestro poder o bajo nuestro control.

Proceso de revisión: La OPP someterá a revisión las solicitudes de Revisión externa para determinar si su caso es elegible. Si la OPP determina que su caso es elegible, se le asignará a una Agencia de revisión externa que trabaja con la OPP. La OPP le notificará a usted y al *plan* acerca de la asignación. La Agencia de revisión externa tomará una decisión final. Le enviará la decisión por escrito a usted y al *plan*. Para Revisiones externas no expeditas, la decisión se enviará dentro de los 60 días calendario después de la recepción del caso de parte de la OPP. (Este es el caso, a menos que lo extienda la Agencia de revisión externa). Para Revisiones externas expeditas, la decisión se enviará dentro de los 4 días hábiles después de la recepción del caso de la OPP. La decisión de la Agencia de revisión externa es de cumplimiento obligatorio para el *plan*.

Si la OPP decide que una solicitud no es elegible para Revisión externa, se le notificará dentro de los 10 días hábiles después de la recepción de la solicitud o, en el caso de las solicitudes para Revisión externa expedita, dentro de las 72 horas después de la recepción de la solicitud.

Cómo comunicarse con la Oficina de Protección al Paciente:

Teléfono: 800-436 7757

Fax: 617-624-5046

Sitio web: mass.gov/hpc/opp

Cumplimiento con la ley: El *plan* administra su proceso de satisfacción de miembros de acuerdo con la ley federal y estatal aplicable. Cualquier inconsistencia entre los requisitos estatales y federales se resolverá a favor del *miembro*.

CAPÍTULO 7. SI USTED TIENE OTRA COBERTURA

Coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés):

Programa de COB: En el caso de que usted tenga derecho a los beneficios bajo otros *planes* de salud que cubran gastos de hospital, médicos, dentales u otros gastos de atención médica, coordinaremos nuestro pago de *servicios cubiertos* con los beneficios bajo estos otros *planes*. A esto se le conoce como Coordinación de beneficios (COB). El propósito de la COB es evitar la duplicación de pagos por los mismos gastos de atención médica. Nosotros realizamos la COB de acuerdo con las leyes existentes en Massachusetts. (Nota: Con respecto a cómo se coordinan los beneficios con Medicare, nosotros realizamos la COB de acuerdo con la ley federal vigente). Ninguna parte de la COB nos exige pagar los beneficios para los *servicios no cubiertos* bajo esta EOC.

Otros planes: Los beneficios cubiertos en este *plan* se coordinarán con cualquier otro *plan* que le brinde beneficios de salud, incluidos:

- *planes* de beneficios de salud individuales o de grupo ofrecidos por: planes de corporación de servicios médicos u hospitalarios; compañías de seguros comerciales; HMO; PPO; otros planes de pago anticipado; o planes autoasegurados.
- planes dentales asegurados o autoasegurados;
- seguro de automóvil o vivienda;
- seguro personal contra lesiones, incluidas las pólizas de pagos médicos; y
- planes del Gobierno tales como Medicare.

Planes primarios y secundarios: Coordinamos los beneficios al determinar, de acuerdo a las leyes federales o de Massachusetts (según cuál aplique): qué *plan* tiene que pagar primero (el *plan* "primario") y qué *plan* paga después (el *plan* "secundario"). Siempre seremos el pagador secundario cuando lo permita la ley federal o de MA (según cuál aplique). El *plan* primario paga sus beneficios sin importar los beneficios del *plan* secundario. El plan secundario determina sus beneficios después de que lo haga el *plan* primario y puede reducir sus beneficios tomando en cuenta los beneficios del *plan* primario. Cuando la cobertura bajo este *plan* es secundaria, no se pagarán beneficios sino hasta después de que el *plan* primario determine qué se requiere pagar.

Programa Medicare: si usted es elegible para Medicare y si la ley federal permite que Medicare sea el *plan* primario, la cobertura según este *plan* se reducirá a la cantidad de beneficios que Medicare permita para los mismos *servicios cubiertos*. Esta reducción se realizará ya sea que usted reciba o no los beneficios de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare, pero no se ha inscrito en Medicare, aun así se aplicará esta reducción.

Colaboración de los miembros: Al inscribirse en este *plan*, usted acepta cooperar con nuestro programa de COB. Esto incluye brindarnos la información sobre cualquier otra cobertura de salud que usted tenga al momento de inscribirse o más adelante, si llega a ser elegible para recibir otros beneficios de salud después de su inscripción. Nosotros podemos solicitarle información, y podemos divulgar la información, para propósitos de: nuestro programa COB; inscripción; y elegibilidad.

Derecho a recuperar pagos en exceso: si pagamos una cantidad mayor de la que debimos haber pagado según la COB, tenemos derecho a recuperar, de usted o de otra persona, organización o compañía de seguro, el monto que pagamos en exceso.

Para obtener más información sobre la COB, llame a Servicios para Miembros.

Los derechos del plan para recuperar pagos de beneficios, subrogación y reembolso:

Derecho de subrogación: la subrogación es un medio por el cual podemos recuperar el costo de los servicios de atención médica que pagamos en su nombre cuando un tercero (otra persona o entidad) es, o se supone que es, legalmente responsable por su enfermedad o lesión. Usted puede tener derecho legal de recuperar parte o la totalidad de los gastos de su atención médica de una persona o entidad que sea, o se supone que es, responsable de su enfermedad o lesión. Por ejemplo, usted podría tener derecho a recuperar, contra la persona o entidad que causó su

lesión o enfermedad (como una persona que causó su lesión en un accidente automovilístico); su compañía de seguros de responsabilidad (como una compañía de seguros de automóviles, de vivienda o de seguro de compensación al trabajador); o su propia compañía de seguros (como su compañía de seguros de automóvil, que incluye, entre otras, la cobertura de motorista sin seguro y con seguro insuficiente, la cobertura Medpay, protección contra lesiones personales; o su compañía de seguros de alquiler o de propietario). En tal caso, si nosotros pagamos (o vamos a pagar) por servicios de atención médica para tratar su enfermedad o lesión, tenemos derecho a recuperar (recobrar) lo que pagamos, de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones vigentes, en su nombre, directamente de la recuperación recibida de esa persona o entidad (la "recuperación"), independientemente de si esta recuperación se clasifica como pago de gastos médicos, pérdida de salarios, daño moral, pérdida de consorcio o cualquier otro tipo de recuperación. Nuestro derecho a recuperar es hasta el monto total que pagamos o pagaremos por sus servicios de atención médica (sin importar lo que nos facturó su proveedor por los servicios). Esto se conoce como el derecho de subrogación del *plan* que se aplica a la recuperación.

Para hacer cumplir nuestro derecho de subrogación de la recuperación, podemos tomar acciones legales, con o sin su autorización, contra cualquier parte para hacer cumplir ese derecho. El derecho de subrogación del *plan* de esa recuperación tiene la primera prioridad. Tenemos derecho a recuperar, contra el monto total de cualquier cantidad de la recuperación, sin importar:

- si la recuperación total es menor a la cantidad necesaria para reembolsarle completamente por su enfermedad o lesión;
- dónde esté el monto recuperado o quién lo tenga;
- cómo se describe o se designa el dinero recuperado; o bien
- si la totalidad o parte de la recuperación está destinada a gastos médicos.

El monto que nos corresponde de la recuperación no podrá reducirse por gastos legales u otros honorarios de abogados en que usted pueda incurrir para recuperar dinero de otra persona o entidad.

Derecho de reembolso: también tenemos derecho de recuperar directamente de la recuperación los costos por atención médica que hayamos pagado (o que pagaremos) si usted ha recibido o podría recibir reembolso por los costos de atención médica (debido a una demanda legal, arreglo extrajudicial u otro), por otra persona o entidad. En este caso, se le solicitará que nos reembolse (nos pague de vuelta), de la recuperación, el costo de la atención médica que pagamos (o que pagaremos) por su enfermedad o lesión. Tenemos derecho al reembolso de la recuperación hasta por el monto de cualquier pago recibido por usted, independientemente de si (a) toda o parte de la recuperación se designó, asignó o caracterizó como pago por gastos médicos; o (b) el pago es por un monto menor que el necesario para reembolsarle en su totalidad por la enfermedad o lesión.

Derechos de retención. También podemos tener derechos de retención bajo la ley de MA sobre cualquier recuperación que usted obtenga. Si es así, usted acepta cooperar completamente con nosotros para ejercer nuestros derechos de retención.

Cesión de beneficios: Al inscribirse en este *plan*, usted acepta cedernos cualquier beneficio al que tenga derecho (hasta un monto igual al de los costos de servicios de atención médica pagados por nosotros) de otra persona o entidad que causó, o que es legalmente responsable de reembolsarle, por su lesión o enfermedad. Su cesión es hasta por el costo de los servicios de atención médica y los suministros y gastos que pagamos o vamos a pagar por su enfermedad o lesión. Ninguna parte de esta EOC deberá interpretarse como una limitación a nuestro derecho de recurrir a todos los instrumentos legales para hacer cumplir nuestros derechos, tal como se establecen en esta sección.

Colaboración de los miembros: Usted está de acuerdo en colaborar con el *plan* para ejercer nuestros derechos tal como están consignados en esta sección. Esta colaboración incluye:

- notificarnos acerca de cualquier evento que pueda dar lugar o afectar nuestro derecho a recuperar, tal como una lesión provocada por un tercero (por ejemplo, un accidente automovilístico) o lesiones relacionadas con el trabajo;
- notificarnos, en un tiempo prudencial, de los eventos significativos que tengan lugar durante la negociación, litigio o arreglo extrajudicial con cualquier tercero (como el caso en que usted inicie un proceso de reclamo, inicie un proceso judicial o discusiones para llegar a un arreglo) y antes de que usted llegue a un arreglo

extrajudicial;

- proporcionarnos la información y documentos que le solicitemos;
- firmar documentos;
- pagarnos oportunamente cualquier monto que usted reciba por servicios que hayamos pagado; y
- otras acciones que determinemos como necesarias y apropiadas para proteger nuestros derechos.

Usted también acepta no hacer nada que limite, interfiera, o perjudique el ejercicio de nuestros derechos tal como están consignados en esta sección. Si usted no colabora como se describe en este capítulo y, como resultado, incurrimos en gastos adicionales (como honorarios de abogados) para hacer cumplir nuestros derechos, usted será responsable ante nosotros de los gastos razonables adicionales que efectuemos para hacer cumplir nuestros derechos.

Nota: Podemos arreglar que un tercero lleve a cabo nuestros derechos en virtud de este capítulo. En tal caso, dicho tercero es nuestro agente para hacer cumplir nuestros derechos.

Compensación al trabajador u otros programas del Gobierno: El *plan* no cubre los servicios de atención médica que están o podrían estar cubiertos por un *plan* de compensación laboral, otro programa similar del empleador, u otro programa del Gobierno federal, estatal o local. Si el *plan* tiene información de que los servicios que le son brindados a usted están cubiertos por cualquiera de estos planes o programas, suspenderemos el pago de los *servicios cubiertos* hasta que se llegue a una decisión acerca de si el otro *plan* o programa cubrirá los servicios. Si pagamos los servicios que fueron cubiertos (o que legalmente deberían haber sido cubiertos) por estos otros *planes* o programas, tenemos derecho a recuperar nuestros pagos de estos otros *planes* o programas.

CAPÍTULO 8. OTRAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS DEL PLAN

La Oficina del Protección al Paciente: La OPP (Oficina de Protección al Paciente) de Massachusetts pone a disposición de los consumidores cierta información sobre los *planes* de atención médica. Esta información incluye:

- Evidencia de cobertura, incluidas divulgaciones que se requieren del consumidor.
- Directorios de proveedores.
- Una lista de fuentes de información publicada de forma *independiente*, que evalúe la satisfacción de los *miembros* y la calidad de los servicios de atención médica ofrecidos por los *planes* de salud.
- El porcentaje de los médicos que voluntaria e involuntariamente cancelaron *contratos* con el *plan* y las tres razones más comunes para desafiliación de los médicos.
- El porcentaje de ingresos por concepto de *primas* gastado por el *plan* para prestar servicios de atención médica a los *miembros* para el año más reciente para el que hay información disponible.
- Un informe que detalle, para el año calendario anterior, la cantidad total de:
 - quejas presentadas, quejas que fueron aprobadas internamente, quejas que fueron denegadas internamente; y
 - quejas que fueron retiradas antes de la resolución; y
 - *apelaciones* externas y su resolución.

Para comunicarse con la OPP, puede llamar a:

Comisión de Políticas de Salud, Oficina de Protección al

Paciente Teléfono: 800-436-7757

Fax: 617-624-5046

Sitio web: mass.gov/hpc/opp

Gestión de utilización: El *plan* tiene un programa UM ('gestión de utilización', por sus siglas en inglés). El propósito del programa UM es administrar los costos de atención médica al revisar si algunos servicios médicos, suministros y medicamentos son médicamente necesarios; y están siendo prestados de una manera clínicamente apropiada y con costos mínimos. El programa UM abarca algunas o todas las siguientes condiciones:

Revisión prospectiva (o previa): Se utiliza para evaluar si el tratamiento propuesto es una necesidad médica. Esta revisión ocurre antes de que se inicie el tratamiento. Algunos ejemplos son una autorización previa de admisiones electivas para pacientes hospitalizados, ciertos especialistas, y ciertos tratamientos y cirugías para pacientes ambulatorios.

Revisión simultánea a la utilización: Se utiliza para supervisar un tratamiento a medida que se lleva a cabo y determinar cuándo el tratamiento podría ya no ser médicamente necesario. Los ejemplos incluyen la revisión continua de una admisión para pacientes hospitalizados. (Parte de una revisión simultánea involucra la gestión activa de casos y la *planificación* del alta del paciente).

Revisión retrospectiva de la utilización: Se usa para evaluar el tratamiento después de que ha sido brindado.

Plazos para las determinaciones:

- Revisión prospectiva no urgente: dentro de los 2 días hábiles posteriores a haber recibido toda la información necesaria, pero no más tarde de 15 días calendario después de la recepción de la solicitud.
- Revisión prospectiva urgente (debe reunir los criterios para que sea urgente): dentro de las 72 horas de recibir la solicitud.
- Revisión simultánea: dentro de las 24 horas de recibir la solicitud.

Usted y su proveedor serán notificados sobre las aprobaciones y denegaciones aplicables dentro de los plazos requeridos legalmente. En el caso de una revisión simultánea, el servicio deberá seguir sin responsabilidad para usted hasta que haya sido notificado.

Si se niega su solicitud de cobertura, usted tiene derecho a presentar una *apelación*. Consulte el capítulo 6. Cualquier inconsistencia entre los requisitos estatales y federales legales con respecto a revisiones y decisiones de UM será resuelta a favor del *miembro*.

El programa UM está estructurado para fomentar la atención apropiada. El *plan* basa todas las decisiones sobre la administración de la utilización solamente en la *necesidad médica* y la relevancia de la atención médica y de los servicios, así como en la existencia de cobertura. El *plan* no compensa al personal de gestión de utilización de servicios sobre la base de la negación ni incentiva a *proveedores de la red* de servicios para que brinden tipos o niveles de atención inapropiados. Puede comunicarse con nosotros para determinar el estado o el resultado de las decisiones de la revisión de utilización:

- 855-833-8120 (línea gratuita) o use nuestra máquina de TTY al 711
- En relación a los servicios de salud mental o de trastorno por abuso de sustancias: 877-957-5600 (línea gratuita).
- Hay servicios de traducción disponibles (consulte la página 2).

Administración de la atención: El *plan* puede proporcionar a algunos *miembros* que tengan afecciones de salud graves o complicadas con servicios de administración de casos. Ejemplos de condiciones graves son embarazos de alto riesgo o cáncer. Estos servicios son una serie de actividades coordinadas para ayudar a supervisar el progreso del tratamiento del miembro y facilitar el uso de una atención médica clínicamente apropiada y con costos mínimos. Los profesionales del *plan* pueden comunicarse con usted y su proveedor acerca de los servicios de administración. Esto puede incluir: hablar sobre los *planes* de tratamiento; establecer metas; facilitar el uso apropiado de recursos; y cuando sea apropiado, sugerir ajustes y tratamientos alternativos.

El ingreso al programa puede efectuarse al completar su Evaluación de necesidades de salud, nuestra información de reclamos, una derivación de un administrador de caso del hospital o uno de sus proveedores, o por referencia propia. Si siente que se beneficiaría de la administración de caso, desea aprender más o abandonarlo, llame al 866-853-5241 para la administración de atención médica.

Plan de IBM (Administración Individual de Beneficios, por sus siglas en inglés): La *administración individual* de beneficios es un enfoque para administrar la atención de los *miembros* con afecciones médicas graves. En ciertas circunstancias, el *plan* puede aprobar un *plan* de IBM como un *plan* de tratamiento alternativo al tratamiento brindado o propuesto actualmente. Este *plan* alternativo de tratamiento brindará cobertura de servicios adicionales que, de otra forma, no estarían *cubiertos*. El propósito del plan de IBM es permitir que un *miembro* esté cubierto para recibir servicios *médicamente necesarios* en el entorno más apropiado, menos intensivo y con costos mínimos que cubran las necesidades del *miembro*. Se puede desarrollar un *plan* de IBM si el médico de la red del *miembro* y un revisor autorizado del *plan* están de acuerdo en que se cumplen *todos* los siguientes criterios:

- El *miembro* tiene una afección médica grave y se prevé que requerirá tratamiento médico de largo plazo.
- Los servicios alternativos reemplazan *servicios cubiertos* más costosos que actualmente se están prestando o se han propuesto. (Por ejemplo, los servicios para *pacientes ambulatorios* ocuparán el lugar de una admisión más cara de pacientes hospitalizados).
- Los servicios adicionales son médicamente necesarios.
- El *miembro* está de acuerdo en recibir los servicios adicionales en sustitución de los *servicios cubiertos* o propuestos.
- El *miembro* continúa mostrando mejoría en su afección. Esto lo determina de vez en cuando un revisor autorizado del *plan*.

El *plan* dará seguimiento a la eficacia y la relevancia del *plan* de IBM. Podríamos cambiar o terminar el plan de IBM en cualquier momento cuando el *revisor autorizado del plan* determina que el plan de IBM ya no contribuye a una mejoría de la afección del *miembro*, o ya no cumple con los criterios que se describen en esta sección.

Proceso para desarrollar criterios de evaluación clínica y lineamientos:

- El *plan* tiene: un Comité de Evaluación de Tecnología, Criterios y Política Médica (MPCTAC, por sus siglas en

inglés); y un Comité de Farmacia y Terapéutico (P&T, por sus siglas en inglés).

- Estos comités desarrollan o revisan y adoptan lineamientos y criterios de evaluación clínica para: determinar la *necesidad médica* de los servicios de atención médica y lineamientos de la cobertura de medicamentos; y asegurar una toma de decisiones consistente del *plan*.
- Al hacerlo, el *plan* recibe contribución de *proveedores internos de la red* y/o especialistas externos con experiencia clínica y conocimiento adecuado en el área clínica correspondiente.
- En el proceso de desarrollar o adoptar prácticas de los criterios y lineamientos de revisión clínica, el MPCTAC evalúa tratamientos para determinar que: sean consistentes con principios generalmente aceptados de práctica médica profesional; sean efectivos; se basen en información objetiva, derivada científicamente y basada en la evidencia en mejorar los resultados de salud; sea legal y congruente con los estándares de acreditación y nacional de la organización.
- El MPCTAC y el P&T, con aportes y recomendaciones de otros comités del *plan*, *proveedores de la red* y/o especialistas externos (cuando corresponda), revisan y actualizan periódicamente los criterios y los lineamientos de revisión clínica o según sea necesario. Esta revisión y actualización incorpora estándares actualizados de práctica a medida que se desarrollan nuevos tratamientos, aplicaciones, lineamientos de cobertura de medicamentos y tecnologías.
- Los criterios de *necesidad médica* (MNC) de Carelon, también conocidos como criterios clínicos, se revisan y se actualizan al menos anualmente para garantizar que reflejen los últimos desarrollos en la atención de *personas* con diagnósticos de la salud del comportamiento. El Comité Corporativo de Administración Médica (CMMC) de Carelon adopta, revisa y aprueba los criterios de *necesidad médica* por cliente y requisitos regulatorios.

Los criterios de *necesidad médica* varían según el estado y/o los requisitos *contractuales* y la cobertura de beneficios de los *miembros*. Los criterios de *necesidad médica* de Carelon son los siguientes:

- Criterios de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).
 - La Base de Datos de Cobertura de Medicare (MCD, por sus siglas en inglés) contiene todas las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD, por sus siglas en inglés) y las Determinaciones de Cobertura Local (LCD, por sus siglas en inglés).
- Criterios personalizados.
 - Los criterios personalizados son criterios de *necesidad médica* específicos del estado y de la *red*.
- Criterios de Salud del Comportamiento InterQual® de Change Healthcare.
- Criterios de la Sociedad Estadounidense de Medicina de Adicciones (ASAM, por sus siglas en inglés).
 - Los criterios de la Sociedad Estadounidense de Medicina de Adicciones (ASAM) se centran en el tratamiento por consumo de sustancias.
- Criterios de *necesidad médica* nacional de Carelon

Los *proveedores de la red* pueden brindar asesoramiento sobre el desarrollo o la adopción de criterios de UM y sobre instrucciones para aplicar los criterios. Estos comentarios y opiniones pueden recibirse a través de la participación de los médicos en comités, solicitudes de revisión del boletín por parte del proveedor, y considerando los comentarios de los médicos que recibieron los criterios para brindar su opinión y comentarios.

Carelon difunde los conjuntos de criterios a través de manuales para proveedores, foros de proveedores, boletines, sitios de Internet y sesiones de capacitación *individual*. Además, los *miembros* reciben copias gratuitas a pedido.

En 2019, Carelon comenzó a utilizar los Criterios de Salud del Comportamiento InterQual® de Change Healthcare para la mayor parte de sus miembros para los cuales se administra la utilización. En particular, Change Healthcare emplea un proceso de desarrollo de contenido estandarizado de varios pasos que sintetiza la evidencia científica válida y relevante y las mejores prácticas en el mundo real para garantizar que los criterios reflejen un rigor e integridad clínicos sin precedentes. Change Healthcare utiliza un sistema de vigilancia automatizado que monitorea más de 3,000 sitios y áreas de interés para las directrices recientemente publicadas y actualizadas, además de profundizar las búsquedas de bibliografía combinadas con la validación de paneles de médicos practicantes activos de todas las disciplinas relevantes y que presentan conflictos de intereses.

Programas de administración y mejoramiento de la calidad: El *plan* desarrolla un *plan* de trabajo anual de administración y mejoramiento de la calidad diseñado para evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención y el servicio de salud. Estos *planes* de trabajo pueden variar con el tiempo a fin de abordar diferentes aspectos de la atención; y brindar servicio y responder a prioridades cambiantes. Los programas clínicos del *plan* pueden incluir:

- adopción y distribución de lineamientos clínicos para ayudar a los proveedores a brindar atención de alta calidad basada en evidencias;
- iniciativas de promoción de la salud para estimular a los *miembros* a obtener los servicios de atención preventiva;
- programas de educación y manejo de enfermedades que ofrecen servicios de apoyo para *miembros* y proveedores para enfermedades crónicas;
- acreditación de *proveedores de la red*; y
- procesos de reclamo para abordar las quejas de los *miembros* sobre la calidad de la atención.

Proceso para evaluar tratamientos experimentales o de investigación: dado que el *plan* no cubre tratamiento experimental o de investigación, el *plan* evalúa si un servicio, tratamiento, procedimiento, suministro, dispositivo, producto biológico o medicamento es un *tratamiento experimental o de investigación* para la indicación solicitada. El *plan* hace esto al revisar los documentos pertinentes relacionados con el servicio propuesto, tales como los documentos de consentimiento informado; y revisar la “evidencia con autoridad”, tal y según la definición de *tratamientos experimentales o de investigación* (como se indica en el Apéndice A de esta EOC). El *plan* tiene en cuenta todo lo siguiente:

- El tratamiento debe tener una aprobación final de los organismos reguladores gubernamentales apropiados (como la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos o FDA) o cualquier otro organismo gubernamental con autoridad para regular la tecnología. Esto se aplica a medicamentos, productos biológicos, aparatos u otros productos que necesitan tener una aprobación final para ser comercializados.
- La “evidencia con autoridad” tal como se define en la definición de carácter *experimental o de investigación* debe permitir establecer conclusiones acerca del efecto del tratamiento sobre los resultados de salud.
- El tratamiento debe mejorar el resultado total de la salud y demostrar que compensa cualquier efecto dañino.
- El tratamiento debe ser tan beneficioso como cualquier alternativa establecida.
- El resultado debe poder obtenerse fuera de un ambiente de investigación.

Proceso para evaluar y determinar la nueva tecnología: A medida que se desarrollan nuevas tecnologías médicas, o cuando aparecen nuevos usos para tecnologías existentes, el *plan* evalúa si los incluye como un servicio cubierto.

Algunos ejemplos son: terapias médicas y conductuales, dispositivos, procedimientos quirúrgicos, diagnóstico y medicamentos. El proceso de evaluación de la tecnología se aplica tanto al desarrollo y la adopción de nuevos criterios de revisión clínica como a la actualización de los criterios existentes incluidos en las políticas médicas del *plan*, las políticas de farmacia del *plan*, los criterios adoptados por el *plan* (por ejemplo, los criterios InterQual de Change Healthcare) y los criterios utilizados por los proveedores clínicos asociados del *plan*. El personal médico del *plan* realiza un proceso de evaluación basado en evidencias. El propósito es evaluar la seguridad y efectividad de la nueva tecnología. Este proceso incluye:

- consultas con médicos expertos que tienen experiencia en la nueva tecnología; e
- investigación y revisión de: literatura médica revisada y publicada por colegas; informes de las agencias gubernamentales apropiadas; y políticas y normas de asociaciones médicas y sociedades de especialidades reconocidas nacionalmente.

El personal presenta propuestas a los comités apropiados de política clínica interna para su revisión. Estos comités, a su vez, presentan recomendaciones al comité de gestión clínica interna responsable de tomar las decisiones de cobertura final. Los proveedores clínicos asociados del *plan* son delegados para llevar a cabo la gestión de la utilización en nombre de los miembros del *plan*. Los criterios de revisión clínica desarrollados a partir de proveedores clínicos asociados y otros criterios adoptados por el *plan* (por ejemplo, los criterios de InterQual) se desarrollan utilizando estándares de atención publicados y generalmente aceptados, con base científica y

evidencia científica objetiva y creíble publicada en literatura médica o clínica revisada por pares, y/o revisando estudios observacionales correspondientes a la nueva tecnología o nuevas aplicaciones de una tecnología existente para establecer criterios de revisión clínica por escrito utilizados para hacer determinaciones de *necesidad médica*, con verificación del *plan* de que se cumplen los estándares de calidad.

Desacuerdo con el tratamiento recomendado por proveedores de la red de servicios:

cuando usted se inscribe en el *plan*, acepta que los *proveedores de la red* son responsables de decidir el tratamiento apropiado para usted. Algunos *miembros* pueden, por razones personales o religiosas, estar en desacuerdo con el tratamiento recomendado; negarse a seguir el tratamiento recomendado; o procurar tratamiento (o condiciones de tratamiento) que los *proveedores* de la red consideren que no cumplen con los estándares profesionales generalmente aceptados de atención médica. En tales casos, usted tiene derecho de negarse a recibir el tratamiento de un *proveedor de la red*; sin embargo, el *plan* no tiene obligación de brindar cobertura para la atención en cuestión. Si usted busca atención de *proveedores que no pertenecen a la red* por esta diferencia de opiniones, usted será responsable del costo y el resultado de dicha atención. (Para la cobertura de segundas opiniones, consulte el capítulo 3). Los miembros tienen el derecho a presentar una *apelación* con respecto a las decisiones de cobertura. (Consulte el Capítulo 6 - Proceso de satisfacción de miembros.)

Incentivos de calidad: el *plan* puede, eventualmente, ofrecer a algunos o todos los *miembros* ciertos incentivos para fomentar mejoras en el estado de salud y la calidad de la atención médica. Los ejemplos incluyen los beneficios adicionales, eximición de *copagos*; y tarjetas de recompensa. Si le ofrecemos dichos incentivos, le notificaremos acerca de los mismos: es posible que le enviemos una carta y/o nosotros podemos publicar el aviso en nuestro sitio web.

Divulgación de información médica protegida: el *plan* tiene el fuerte compromiso de proteger la confidencialidad de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés); y utilizarla y divulgarla únicamente de acuerdo con la ley vigente. El *plan* les entrega a los *miembros* un Aviso de prácticas de privacidad que se puede encontrar a continuación bajo el título "Aviso de prácticas de privacidad". En este Aviso se describe de qué forma el *plan* utiliza y revela su PHI. También describe los derechos que usted tiene con respecto a su PHI. Llame a Servicios para Miembros para obtener copias adicionales de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Facturas de los proveedores:

Facturas de los *proveedores de la red*: cuando recibe *servicios cubiertos* de *proveedores de la red*, usted no debe recibir ninguna factura de ellos (que no sea por un *costo compartido* aplicable). Los *proveedores de la red* le facturarán al *plan* los *servicios cubiertos* que le fueron brindados a usted. El *plan* pagará a los *proveedores de la red* por los *servicios cubiertos*. Si usted recibe una factura por cualquier monto que no sea el *costo compartido*, llame a Servicios para Miembros.

Facturas de *proveedores que no pertenecen a la red*: si usted recibe *servicios cubiertos* de un *proveedor que no pertenece a la red* por cualquiera de las razones descritas en "Atención por parte de *proveedores que no pertenecen a la red*" en el capítulo 2, puede recibir una factura de ese proveedor. Si usted recibe una factura del *proveedor que no pertenece a la red*:

- Solicite al proveedor que envíe la factura al *plan* en un formulario estándar de reclamo de atención médica a: *plan* WellSense Clarity Employer Choice Direct, P.O. Box 55282, Boston, MA 02205-5282
- Si usted pagó al *proveedor que no pertenece a la red* por estos servicios, nosotros le reembolsaremos, de conformidad con su Esquema de beneficios y los términos de esta EOC (Evidencia de Cobertura), si consideramos que son *servicios cubiertos*. (Consulte el capítulo 2 relacionado con el pago hasta el monto autorizado). Para procesar su reembolso, usted debe proporcionarnos su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, su número de identificación del *plan* (consulte la tarjeta de identificación de *miembro*); la fecha en que se le proporcionó la atención, una breve descripción de la enfermedad o lesión, una copia de la factura del proveedor a usted, y un recibo del proveedor como prueba de pago. Envíe las solicitudes de reembolso a:

Charlestown, MA 02129
Attention: Member Services
Teléfono: 1-855-833-8120;
Fax: 617-748-6132

Nota: En algunos casos, podríamos necesitar más información de usted o del proveedor antes de pagar el reclamo. Si es así, nos comunicaremos con usted o con el proveedor. Llame a Servicios para Miembros si tiene más preguntas.

Límites de tiempo para los reclamos: para que nosotros le rembolsemos a usted por *servicios cubiertos*, debemos recibir su reclamación en un plazo de 6 meses después de que usted reciba la atención médica.

Pagos de primas: su grupo debe pagar la correspondiente *prima* al *plan*. El *plan* no es responsable si el grupo no paga la *prima* para su cobertura. Si el grupo no nos paga la *prima* a tiempo, su afiliación al *plan* puede cancelarse de acuerdo con el *contrato* del *plan* con su grupo y la ley vigente. El *plan* puede cambiar la *prima* que el grupo tiene que pagar. Esto se realizará de acuerdo con las políticas y leyes vigentes del *plan*.

Limitaciones sobre las acciones: usted deberá completar el Proceso interno de satisfacción del miembro antes de que pueda iniciar un proceso legal contra el *plan* por no pagar por *servicios cubiertos*. Cualquier proceso legal se deberá iniciar dentro de los 2 años desde que surgió la causa del proceso.

Relación entre WellSense y los proveedores:

- *WellSense* hace arreglos para brindar servicios de atención médica. No brinda servicios de atención médica.
- *WellSense* tiene contratos con las organizaciones que tienen contratos con *proveedores de la red* y con los *proveedores de la red*, incluidos los *proveedores de la red* que ejercen en sus consultorios privados a lo largo del *área de servicio*.
- Los *proveedores de la red* son independientes. Ellos no son empleados, agentes o representantes de *WellSense*.
- Los *proveedores de la red de servicios no están autorizados por WellSense* para hacer ningún cambio en esta EOC o para crear alguna obligación para *WellSense*.
- *WellSense* no es responsable de declaraciones sobre esta EOC hechas por los *proveedores de la red* o sus empleados o agentes.
- *WellSense* tampoco es responsable por cualquier acto, omisión, representación o cualquier otra conducta de los *proveedores de la red*.
- *WellSense* puede cambiar sus arreglos con los *proveedores de la red*, incluido añadir o eliminar *proveedores de su red*, sin necesidad de notificar previamente a los *miembros* (excepto en los casos especificados en esta EOC).

Aviso: El *plan* enviará todos los avisos que se le exige enviar a los *miembros* a la última dirección del *miembro* que el *plan* tenga registrada. Si se muda, le agradeceremos notificarnos su nueva dirección. Los miembros deben enviar un aviso al *plan* a la siguiente dirección:

WellSense Health Plan

529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129
Attention: Member Services

Circunstancias fuera del control razonable del plan: El *plan* no es responsable de una demora o incumplimiento de sus obligaciones según esta EOC en circunstancias fuera de su control razonable. Estas circunstancias pueden incluir: revueltas públicas, guerra, epidemia, huelga, insurrección civil, desastres naturales, destrucción de oficinas del *plan* u otros desastres importantes. En tales casos, llevaremos a cabo un esfuerzo de buena fe para hacer los arreglos para prestar servicios de atención médica y llevar a cabo nuestras responsabilidades administrativas. Sin embargo, no somos responsables por los costos u otros resultados de nuestra incapacidad de ejecutar.

Cumplimiento de los términos: El *plan* puede optar por renunciar a algunas condiciones de esta EOC. Si lo

hacemos, esto no significa que estemos renunciando a nuestros derechos de aplicar estas condiciones en un futuro.

Subcontratación: De vez en cuando, el *plan* puede *subcontratar* a otras entidades para ejecutar algunas de sus obligaciones bajo esta EOC.

Esta EOC/Cambios a esta EOC: esta EOC es emitida y efectiva para todos los miembros a partir de la fecha que aparece en la portada. La EOC consiste en este documento y el correspondiente Esquema de beneficios. Esta EOC sustituye (reemplaza) a todas las EOC emitidas previamente por el *plan*. Esta EOC es un *contrato* entre usted y el *plan*. Este *contrato* consiste en: este documento; el correspondiente Esquema de beneficios, su formulario de inscripción; y cualquier enmienda, complementos o anexos adicionales hechos a este documento. Al firmar y devolver su formulario de solicitud de inscripción o al pagar las contribuciones de *prima* vigentes, usted solicita la cobertura bajo el *plan* y acepta todos los términos y condiciones de esta EOC.

Si hubiera necesidad de cumplir con cambios en las leyes federales o estatales, el *plan* puede cambiar esta EOC, sin avisarle a usted anticipadamente. Si necesitamos hacer otros cambios materiales, le enviaremos un aviso por escrito según lo requiere la ley. Los cambios no requieren su consentimiento. Los cambios se aplicarán a todos los *miembros* del *plan* en el paquete de beneficios correspondiente, no solo a usted. Los cambios se aplicarán a todos los *servicios cubiertos* recibidos durante o después de la fecha de entrada en vigor del cambio.

Visite nuestro sitio web en wellsense.org para obtener la versión más actualizada de esta EOC.

CAPÍTULO 9. SU RESPONSABILIDAD DE DENUNCIAR FRAUDE

Usted juega un papel importante en la prevención del Fraude, Despilfarro y Abuso (Fraud, Waste, and Abuse, FWA). Ayúdenos a detectar FWA si sucede. La definición de Fraude, Despilfarro y Abuso se incluye en la sección de definiciones más adelante. El FWA puede involucrar cualquier tipo de *persona* o proveedor, como médicos y farmacéuticos. También puede involucrar compañías de equipo médico. Algunos ejemplos de Fraude de atención médica son:

- Facturación de servicios o artículos que no fueron proporcionados.
- Dar información de atención médica falsa o engañosa.
- Prestarle su Tarjeta de identificación del Miembro a otras personas que obtengan servicios y medicamentos a los que no deberían tener acceso.
- Vender suministros médicos que reciba conforme a su *plan*.

Debe notificarle a WellSense cuando crea que alguien ha usado indebidamente a sabiendas los beneficios o servicios del *plan*. Debe denunciar cualquier comportamiento que considere que es incorrecto o sospechoso relacionado con beneficios o servicios de atención médica.

Método	Información de contacto
Por teléfono	888-411-4959 (línea directa anónima), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	866-750-0947
Correo electrónico	FraudandAbuse@wellsense.org
Por escrito	WellSense ATTN: Special Investigations Unit 529 Main Street, Suite 500 Charlestown, MA 02129

Cuando se comunique con nosotros, no es necesario que nos diga quién es. Pero es de ayuda que nos dé toda la información que pueda, como:

- Nombre de la persona o Proveedor que cree que actuó incorrectamente.
- Número de la Tarjeta de identificación del miembro del plan del Miembro.
- Descripción de la supuesta situación de FWA.
- Dónde se proporcionaron los servicios (si corresponde).
- Fecha del servicio.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE CON ATENCIÓN ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con nuestro Centro de atención de Servicios para Miembros de WellSense.

Miembros de planes WellSense Clarity, incluyendo miembros de ConnectorCare: 855-833-8120, TTY: 711
Miembros de Commonwealth Choice/Employer Choice: 877-492-6967, TTY: 711

WellSense Health Plan
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129
Sitio web: wellsense.org

En este Aviso se describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y para otros propósitos que están permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para obtener acceso y controlar su información médica.

La "información médica protegida" o "PHI" es información de salud, incluida la información que lo identifique *individualmente*, relacionada con su afección médica conductual o física, que se usa para proporcionarle atención médica o para el pago de servicios de atención médica.

Por ley, estamos obligados a:

Mantener la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida.

- Entregarle este Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Cumplir con las prácticas de este Aviso.

Usamos resguardos físicos, electrónicos y de procedimientos para proteger su privacidad. Incluso cuando está permitida la divulgación de PHI, solo divulgamos PHI en la mínima cantidad necesaria para el propósito permitido.

Aparte de las situaciones mencionadas en este Aviso, no podemos usar o compartir su información médica protegida sin su permiso por escrito y usted puede anular su permiso en cualquier momento si nos envía un aviso por escrito. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y poner en vigor el aviso revisado para su PHI actual o futura. Tiene derecho a una copia del Aviso actualmente vigente.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Para tratamiento: podemos comunicar su PHI a médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otro personal que participe en su atención y que necesite la información para proporcionarle la atención médica. Por ejemplo, si está siendo tratado por una lesión de la espalda, podemos compartir información con su proveedor de atención primaria, el especialista en espalda y el fisioterapeuta para que puedan determinar el tratamiento adecuado para usted. También registramos las acciones que tomaron y los reclamos médicos que hicieron. Otros ejemplos de cuándo podemos revelar su PHI incluyen:

- Programas de mejora de la calidad y de contención de costos, programas de bienestar, iniciativas de salud preventiva, programas de detección temprana, iniciativas de seguridad y programas de manejo de enfermedades.
- Para administrar modelos de atención eficaces y económicos basados en la calidad, como compartir información con los proveedores médicos acerca de los servicios que recibe para asegurar la coordinación de una atención efectiva y de alta calidad.

Para pago: podemos usar y divulgar su PHI para administrar sus beneficios de salud, lo que puede incluir el pago de reclamos, actividades de revisión de la utilización, determinación de elegibilidad, revisión de *necesidad médica*, coordinación de beneficios y *apelaciones*. Por ejemplo, podemos pagar reclamos que nos haya enviado un Proveedor u hospital.

Para operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su PHI para apoyar nuestras actividades comerciales normales. Por ejemplo, podemos usar su información para Administración de atención, servicio al cliente, coordinación de la atención o administración de calidad.

Recordatorios de citas/Alternativas a tratamientos/Beneficios y servicios relacionados con la salud: podemos contactarlo para entregarle recordatorios de surtidos o citas, información acerca de posibles opciones o alternativas de tratamiento y otros beneficios relacionados con la salud, o servicios que podrían interesarle.

Según lo exige la ley: Divulgaremos su PHI cuando una ley internacional, federal, estatal o local nos lo exija.

Socios comerciales: podemos divulgar PHI a nuestros socios comerciales que realicen funciones en nuestro nombre o presten servicios si la PHI es necesaria para esas funciones. Todos nuestros socios comerciales están obligados, bajo *contrato* con nosotros, a proteger la privacidad de su PHI.

Médicos forenses, legistas y agentes funerarios: Podemos divulgar su PHI a médicos forenses, médicos legistas agentes funerarios para propósitos de identificación y, según sea necesario, para ayudarles a cumplir con sus obligaciones consistentes con las leyes vigentes.

Instalaciones correccionales: Si usted es o se convierte en un recluso en una instalación correccional, podemos comunicar su PHI a la instalación correccional o a sus agentes, según sea necesario, para su salud y la salud y seguridad de otros *individuos*.

Ayuda para catástrofes: Podemos comunicar PHI a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique que esté involucrado directamente en su atención médica o relacionado con el pago de su atención. Por ejemplo, podríamos tener que comunicar su PHI para ayudar a notificar a familiares sobre su ubicación o estado general.

Familia y amigos: Podemos comunicar PHI a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique que esté involucrado directamente en su atención médica o relacionado con el pago de su atención.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): Podemos divulgar a la FDA, o a personas bajo la jurisdicción de la FDA, su PHI en la medida en que se relacione con eventos adversos con medicamentos, alimentos, suplementos y otros productos e información de publicidad y marketing para apoyar retiros de productos, reparaciones o reemplazos.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos comunicar su PHI a agencias federales o estatales de supervisión de la salud autorizadas para supervisar el sistema o programas gubernamentales de atención médica, o quienes tienen *contratos* con ellos, para actividades autorizadas por ley, auditorías, investigaciones, inspecciones y propósitos de emisión de licencias.

Cumplimiento de la ley: podemos divulgar su PHI a pedido de un oficial del cumplimiento de la ley, en respuesta a una orden judicial, citación o proceso similar válidos.

Demandas y disputas: Si usted es parte de una demanda o disputa, podemos comunicar su PHI en respuesta a una orden administrativa o del tribunal. También podemos comunicar su PHI debido a una citación u otro proceso

legítimo, sujeto a todos los requisitos legales vigentes.

Militares, veteranos, seguridad e inteligencia nacional: Si usted es *miembro* de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI a solicitud de las autoridades de los comandos militares. Es posible que otras autoridades del Gobierno nos pidan que divulguemos su PHI por razones de seguridad.

Menores: Podemos divulgar PHI de niños menores a sus padres o tutores a menos que tal divulgación esté prohibida por ley.

Donación de tejidos y órganos: si usted es un donante de tejidos u órganos, podemos usar o divulgar su PHI a organizaciones que manejen la obtención o *trasplantes* de órganos (como bancos de órganos), según sea necesario, para facilitar la donación y el *trasplante* de órganos.

Representante personal: si tiene un representante personal, como un tutor legal (o un albacea o administrador de su patrimonio después de su muerte), trataremos a esa persona como si fuese usted con respecto a la divulgación de su PHI.

Salud y seguridad pública: Podemos comunicar su PHI por actividades de salud pública. Esto incluye la divulgación por los siguientes motivos: (1) para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; (2) para informar nacimientos y muertes; (3) para informar abuso de niños o negligencia; (4) para informar a una persona que ha quedado expuesta a una enfermedad o puede presentar riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o afección; (5) para informar a las autoridades gubernamentales apropiadas si consideramos que una persona que ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica y la persona que está de acuerdo o estamos obligados por ley a divulgarlo; o (6) cuando sea necesario para prevenir una grave amenaza a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

Investigación: Podemos usar y divulgar su PHI para efectos de investigación, pero solo lo haremos si la investigación ha sido específicamente aprobada por una junta de revisión institucional o una junta de privacidad que haya evaluado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de su PHI. Incluso sin aprobación especial, podemos permitir que los investigadores miren PHI para permitirles preparar la investigación, por ejemplo, para permitirles identificar personas que podrían ser incluidas en su proyecto de investigación, siempre y cuando no borren ni copien PHI. Podemos usar y divulgar un conjunto de datos limitados que no contengan información que lo identifique inmediatamente para investigación. Pero solo divulgaremos el conjunto de datos limitado si celebramos un acuerdo de uso de los datos con el receptor que debe aceptar (1) usar el conjunto de datos solo para los propósitos para los que fueron entregados; (2) garantizar la seguridad de los datos; y (3) no identificar la información ni usarla para contactar a ningún *individuo*.

Compensación a los trabajadores: Podemos usar o divulgar PHI para compensación de trabajadores o programas similares que entregan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN QUE LE DEMOS UNA OPORTUNIDAD DE EMITIR UNA OBJECCIÓN Y EXCLUIRSE

Recaudación de fondos: podemos usar su PHI en un esfuerzo por recaudar dinero. Si no quiere que lo contactemos para recolectar fondos, puede hacerlo si nos lo notifica por escrito con una carta dirigida al oficial de privacidad de WellSense Health *Plan*.

PROTECCIONES ESPECIALES PARA INFORMACIÓN DE VIH, ABUSO DE ALCOHOL Y DE SUSTANCIAS, SALUD MENTAL E INFORMACIÓN GENÉTICA

Existen protecciones de privacidad especiales para información relacionada con VIH, abuso de sustancias y alcohol, salud mental e información genética que requieren su permiso escrito y por lo tanto algunas partes de este Aviso de

Prácticas de Privacidad pueden no aplicarse a estos tipos de PHI más restringidos.

SUS DERECHOS CON RELACIÓN A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Derecho de acceso y copia: Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI. Para hacerlo, debe presentar una solicitud por escrito al oficial de privacidad de WellSense Health *Plan*. Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros, usualmente dentro de 30 días, y podemos pedirle que pague una tarifa para cubrir los costos de entregarle esa PHI, y cierta información que puede no estar fácilmente disponible antes del 1 de julio de 2002. Podemos rechazar su petición de inspección y copia en ciertas circunstancias limitadas.

Derecho a una copia electrónica de la PHI: Tiene derecho de exigir que una copia electrónica de su información médica se le entregue o le sea transmitida a otro *individuo* o entidad si es fácil de generar. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de la labor asociada con la transmisión del registro electrónico.

Derecho a obtener una notificación de violación de seguridad: Debemos notificarle por medio de correo de primera clase acerca de cualquier violación de seguridad a su PHI sin seguridad tan pronto como sea posible, pero a más tardar en 60 días después de que descubramos la violación de seguridad. "PHI sin seguridad" es la PHI que no se ha vuelto inutilizable o ilegible. La notificación le brindará la siguiente información:

- una breve descripción de lo que sucedió, la fecha de su incumplimiento y la fecha en que se descubrió;
- los pasos que puede dar para protegerse de daño potencial por la violación de seguridad;
- los pasos que estamos dando para investigar el incumplimiento, mitigar pérdidas y brindar protección contra futuras violaciones; y
- la información de contacto donde puede hacer preguntas y obtener información adicional.

Derecho de corregir: Si cree que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que corrijamos su PHI. Debe solicitar la corrección por escrito al oficial de privacidad de WellSense Health *Plan* e incluir una razón que apoye su solicitud. En ciertos casos podemos rechazar su pedido de correcciones, pero le comunicaremos la razón dentro de 60 días. Por ejemplo, podemos rechazar una petición si no fuimos nosotros quienes creamos la información o si tenemos información actual que nos hace creer que la información es correcta.

Derecho a un informe de divulgaciones: Tiene derecho a pedir un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su PHI para la mayoría de los propósitos que no son tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El derecho a recibir informes está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones. Para obtener un informe, debe enviar su petición por escrito a la oficina de privacidad de WellSense Health *Plan*. Entregaremos un informe por año de forma gratuita, pero podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo, si envía otra petición de informe dentro de los 12 meses. Debe mencionar un período de tiempo que no puede ser mayor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, al Oficial de privacidad de WellSense Health *Plan*, una restricción o limitación a nuestro uso o divulgación de su PHI. Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar su petición. Si aceptamos, acataremos su petición a menos que se necesite la PHI para proporcionarle tratamiento de *emergencia*.

Derecho a pedir comunicación confidencial: Tiene derecho de pedir que nos comuniquemos con usted acerca de temas médicos solamente por escrito o en una residencia o casilla de correo diferente. Para solicitar una comunicación confidencial, debe llenar y presentar una Solicitud de comunicación confidencial al oficial de privacidad de WellSense Health *Plan*. Su petición deberá especificar cómo o dónde desea ser contactado. Admitiremos todas las solicitudes razonables.

Derecho al aviso de prácticas de privacidad: Tiene derecho a recibir una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento que lo solicite.

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

Para ejercer sus derechos como se describe en este Aviso, envíe su petición por escrito a nuestro oficial de Privacidad a la dirección mencionada en este Aviso.

Ayuda para preparar documentos escritos: WellSense Health *Plan* le brindará ayuda en la preparación de cualquiera de las solicitudes explicadas en este Aviso que deban presentarse por escrito. Esto no tendrá costo para usted.

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES |

Otros usos y divulgaciones de la PHI: Obtendremos su autorización escrita antes de usar o divulgar su PHI para propósitos que no sean aquellos mencionados anteriormente (o que sean permitidos por ley). Puede revocar esa autorización en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de usar o divulgar su PHI, salvo en la medida en la que ya hemos tomado acción en función de la autorización.

Nunca venderemos su información de salud ni usaremos su información de salud para propósitos de publicidad y marketing o para ofrecerle servicios o productos que no estén relacionados con su cobertura de atención médica o su estado de salud sin su autorización escrita.

Cumplimiento de las leyes estatales y federales: Si se aplica más de una ley a este Aviso, cumpliremos con la ley más estricta. Puede tener derechos adicionales bajo la ley del estado, y protegeremos su información médica como lo exijan estas leyes estatales.

Quejas: Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar un reclamo en nuestra oficina, comuníquese con:

Privacy Officer
WellSense Health Plan
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129

O puede llamar a esta oficina al 617-748-6325.

También podrá notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS). Envíe su queja a:

Medical Privacy, Complaint Division
Office for Civil Rights (OCR)
United States Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington D. C., 20201.

También puede llamar al número de la línea directa por voz de la Oficina de Derechos Humanos (Office for Civil Rights, OCR) al 800-368-1019 o enviar la información a su dirección de Internet: hhs.gov/ocr.

WellSense Health *Plan* no tomará represalias contra usted si presenta una queja acerca de nuestras prácticas de privacidad, ya sea ante la OCR o WellSense Health *Plan*.

Aviso sobre no discriminación y accesibilidad

WellSense Health *Plan* cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, orientación sexual, dominio limitado del idioma inglés o motivos morales o religiosos (incluido, entre otros, no brindar cobertura de servicios de asesoría o derivación). WellSense Health *Plan* ofrece:

- ayudas y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, como: TTY, intérpretes de lenguaje de señas calificados, información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos) y
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otro idioma.

Póngase en contacto con WellSense si necesita alguno de los servicios enumerados anteriormente. Si cree que no hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado de otra manera sobre la base de cualquiera de los identificadores enumerados anteriormente, puede presentar una *queja* o solicitar ayuda para hacerlo en:

Civil Rights Coordinator

529 Main Street, Suite 500

Charlestown, MA 02129

Teléfono: 855-833-8120 (TTY/TDD 711)

Fax: 617-897-0805

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el DHHS de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles por correo, por teléfono o en línea en:

U.S. Dept. of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Portal de quejas: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Hay formularios de queja imprimibles disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Aviso: Leyes de igualdad de salud mental de Massachusetts y Ley Federal de Paridad de Salud Mental y Equidad de las Adicciones (MHPAEA, por sus siglas en inglés)

Este Aviso le proporciona información acerca de los beneficios de su *plan* para los servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias. De acuerdo con las leyes de Massachusetts y las leyes federales, los beneficios del *plan* para servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias deben ser equiparables a los beneficios para los servicios médicos y quirúrgicos. Esto significa que su *costo compartido* (*copagos, coseguro y deducibles*) para los servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias deben estar en el mismo nivel en cuanto a servicios médicos y quirúrgicos. Además, la revisión y autorización del *plan* de los servicios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias se deben manejar en una manera que sea equiparable a la revisión y autorización de servicios médicos y quirúrgicos.

El *plan* coordina con Carelon para administrar los servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias para sus *miembros*, incluida la revisión y autorización de estos servicios y *apelaciones* para *miembros*. Si Carelon toma la decisión de negar o reducir la autorización de un servicio, Carelon le enviará una carta en la que se explicará el motivo de la denegación o la reducción. Carelon también le enviará a usted o a su proveedor una copia de los criterios utilizados

para tomar esta decisión, a su solicitud.

Si usted considera que el *plan* o Carelon no está manejando sus beneficios para servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias de la misma manera que para los servicios médicos y quirúrgicos, puede presentar una queja en la Sección de Servicios al Consumidor de la DOI (División de Seguros).

Usted puede presentar un reclamo por escrito mediante el uso de un formulario de Reclamos de Seguros de DOI. Puede solicitar el formulario por teléfono o por correo o encontrarlo en la página web de la DOI en: mass.gov/ocabr/consumer/insurance/file-a-complaint/filing-a-complaint.html

También puede presentar una queja en la DOI por teléfono si llama al 877-563-4467 o 617-521-7794. Si usted presenta una queja por teléfono, debe darle seguimiento por escrito e incluir su nombre y dirección, la naturaleza de su reclamación y su firma para autorizar la divulgación de cualquier información.

Presentar un reclamo por escrito en la DOI no es lo mismo que presentar una *apelación* en Carelon bajo su *plan* de beneficios. Para poder revisar una denegación o reducción en la cobertura de un servicio de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias, usted debe presentar una *apelación* en Carelon. (Consulte el capítulo 6 de esta EOC [Evidencia de Cobertura] para obtener más información sobre la presentación de una *apelación*). Esto puede ser necesario para proteger su derecho a la cobertura de continuación del tratamiento mientras espera una decisión sobre la *apelación*. Siga los procedimientos de *apelación* descritos en el capítulo 6 de esta EOC. O llame a Carelon sin costo al 877-957-5600 para obtener más información sobre cómo presentar una *apelación*.

APÉNDICE A: DEFINICIONES

Los términos que en esta EOC aparecen con letra cursiva tienen los siguientes significados:

Acreditación: una determinación escrita de la Oficina de Atención Administrada de Cumplimiento.

En ejercicio activo: un(a) profesional de atención médica que trata pacientes regularmente en un entorno clínico.

Actividades de la vida diaria: Actividades realizadas como parte de la vida diaria normal. Algunos ejemplos son: bañarse, comer, beber, caminar, vestirse, hablar y mantener la seguridad y la higiene personal. Estos no incluyen funciones especiales, necesarias para propósitos ocupacionales o deportes.

Determinación adversa: según una revisión de la información proporcionada por una aseguradora o la organización de revisión de utilización designada, negar, reducir, modificar o terminar una admisión, continuación de la hospitalización de pacientes o la disponibilidad de cualquier otro servicio de atención médica por no cumplir con los requisitos de cobertura en función de la *necesidad médica*, pertinencia de un establecimiento de atención médica y nivel de atención o efectividad, incluida una determinación de que un servicio de atención médica o tratamiento solicitado o recomendado es experimental o está en fase de investigación.

Ley del Cuidado de Salud Asequible: la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, Ley Pública 111-148, adoptada el 23 de marzo de 2010, según enmendada por la Ley Federal de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010, Ley Pública 111-152, y las regulaciones federales adoptadas de conformidad con esa ley.

Monto autorizado: El monto autorizado es el monto que el *plan* paga a un proveedor por los *servicios cubiertos* brindados a usted. El monto autorizado depende del tipo de proveedor de atención médica que proporciona los *servicios cubiertos* para usted:

Para proveedores con un acuerdo de pago con el *plan*: para proveedores que tienen un acuerdo de pago con el *plan*, el monto autorizado es el monto negociado establecido en el acuerdo.

Para proveedores sin ningún acuerdo de pago con el *plan*:

- Para los *servicios cubiertos* proporcionados por proveedores que no tienen un acuerdo de pago con el *plan*, el monto autorizado es el monto que la ley estatal o federal vigente permite o exige, o el monto que determine el *plan* según su criterio, como UCR ('habitual, usual y razonable', usual, customary and reasonable).
- Las determinaciones UCR se basan en medios nacionalmente aceptados y montos de pago de los reclamos. Estas incluyen, sin limitación, programas de pago y montos autorizados de Medicare; lineamientos de codificación CPT de la Asociación Médica Estadounidense; políticas de codificación médica de los CMS y lineamientos clínicos y de codificación de academia y sociedad nacionalmente reconocidos. (Cuando el *plan* ha delegado el procesamiento de reclamos a una tercera persona, ese tercero deberá tener la misma discreción que el *plan* con respecto a las determinaciones UCR).
- El monto autorizado es la cantidad máxima que el *plan* pagará por los *servicios cubiertos* (menos cualquier *costo compartido* aplicable del *miembro*) prestados por proveedores que no tienen un acuerdo de pago con el *plan*.

Por lo general, su *costo compartido* por los *servicios cubiertos* se calcula con base en el monto autorizado inicial total para el proveedor. El monto que usted paga por su *costo compartido* por lo general no está sujeto a ajustes futuros (hacia arriba o hacia abajo), incluso cuando el pago del proveedor puede estar sujeto a ajustes futuros (debido, por ejemplo, a arreglos *contractuales* o riesgo compartido, o rebajas). Sin embargo, el *costo compartido* puede ajustarse debido al procesamiento de reclamos o modificaciones o correcciones en la facturación. El pago del reclamo hecho al proveedor será el monto autorizado total menos su monto de *costo compartido*.

En algunos casos que incluyen *servicios cubiertos* proporcionados a usted por determinados *proveedores que no son de la red*, su *costo compartido* puede no calcularse según el monto autorizado. En lugar de ello, puede calcularse según la ley estatal vigente, si la hubiera, o según la ley federal vigente.

Contrato de pago alternativo: cualquier *contrato* entre una aseguradora y un proveedor u organización de proveedores que utiliza metodologías de pago alternativas, que son métodos de pago que no se basan únicamente en reembolsos de tarifas por servicio y eso puede incluir, pero no se limita a, acuerdos de ahorro compartido, pagos conjuntos, pagos globales, y pagos de pago por servicio que se liquidan o concilian con un pago conjunto o global.

Revisión para pacientes ambulatorios: Revisión de utilización de servicios de atención médica realizados o prestados en un entorno ambulatorio, incluidos, entre otros, servicios quirúrgicos para pacientes externos o ambulatorios, servicios terapéuticos o de diagnóstico prestados en cualquier centro médico, quirúrgico, obstétrico, psiquiátrico o químico, y en otros lugares como laboratorios, centros de radiología, consultorios de proveedores y domicilios de pacientes.

Apelación: un reclamo formal presentado por usted acerca de una denegación de beneficios, una determinación adversa o una terminación retroactiva de cobertura, todo según se define a continuación:

- Denegación de beneficios:
 - Una decisión del *plan* tomada antes o después de que usted haya obtenido servicios, de denegar la cobertura de un servicio, suministro o medicamento que está específicamente limitado o excluido de la cobertura en esta EOC; o bien
 - Una decisión del *plan* de negar la cobertura por un servicio, suministro o medicamento debido a que usted ya no es elegible para cobertura bajo el *plan*. (Esto significa que usted ya no cumple con los criterios de elegibilidad del *plan*).
- Determinación adversa: Una decisión del *plan* basada en una revisión de la información proporcionada para negar, reducir, modificar o terminar una admisión, continuación de la hospitalización de pacientes o la disponibilidad de cualquier otro servicio de atención médica por no cumplir con los requisitos para cobertura en función de la *necesidad médica*, la pertinencia de un establecimiento de atención médica y el nivel de atención o efectividad. A esto se le conoce como denegaciones de una *necesidad médica* ya que en estos casos el *plan* ha determinado que el servicio no es médicamente necesario para usted.
Terminación retroactiva de la cobertura: una terminación o suspensión retroactiva de la inscripción como resultado de la determinación del *plan* de que usted ha realizado una acción, práctica u omisión que constituye un fraude; o se han adulterado intencionalmente hechos materiales en lo concerniente a los términos del *plan*.

Análisis de comportamiento aplicado: el análisis de comportamiento aplicado se define como el diseño, la ejecución y la evaluación de las modificaciones ambientales, mediante estímulos del comportamiento y las consecuencias, para producir una mejora socialmente significativa en el comportamiento humano, incluyendo el uso de observación directa, medición y análisis funcional de la relación entre el entorno y el comportamiento.

Revisor autorizado: el director médico general de WellSense o alguna persona nombrada por él o ella para revisar y determinar la cobertura de ciertos servicios y suministros de atención médica para los *miembros*.

Proveedor de servicios para autismo: una persona, entidad o grupo que brinda tratamiento para trastornos del espectro autista.

Trastornos del espectro autista: cualquiera de los *trastornos del desarrollo* generalizados (según lo definido por la edición más reciente de la DSM), incluido el trastorno autista; trastorno de Asperger; y *trastornos del desarrollo* generalizados no especificados de otra manera.

Administrador de salud conductual: una empresa, constituida en virtud de las leyes del estado de Massachusetts o constituida de otro estado y autorizada para hacer negocios en el estado, que ha firmado un *contrato* con una aseguradora para proporcionar o coordinar la prestación de servicios de salud conductual, para trastornos por consumo de sustancias y de salud mental a un *miembro* de la aseguradora inscrito de forma voluntaria.

Supervisión de gestión conductual: supervisión de la conducta del niño, implementación de un *plan* conductual y aplicación de la implementación del *plan* por parte del padre del niño u otro cuidador.

Terapia de gestión conductual: terapia que abarca conductas desafiantes que interfiere con el funcionamiento apropiado del niño, siempre que la “terapia de gestión conductual” incluya una evaluación de funcionamiento conductual y una observación del joven en el hogar o en el entorno comunitario, el desarrollo de un *plan* conductual y la supervisión y coordinación de intervenciones para abarcar objetivos o rendimientos específicos, que incluyen el desarrollo de una estrategia para responder ante crisis y, además, dado que la “terapia de gestión conductual” podría incluir asesoría y asistencia a corto plazo.

Nivel de beneficios: los beneficios de salud, incluyendo la estructura de pago de beneficios o entrega de servicios la *red*, proporcionado como un *plan* de beneficios de salud.

Límite del beneficio: el límite máximo en dólares, por día o visita, que se aplica a ciertos *servicios cubiertos* durante un *año de beneficios* (u otro período de tiempo, si así lo especificó en la EOC). Una vez que se alcanza el *límite de beneficios*, el *plan* no proporciona ninguna cobertura adicional por dicho servicio o suministro para ese *año de beneficios* (u otro período de tiempo). Si usted obtiene más del servicio o suministro por encima del *límite de beneficios*, usted es responsable de todos los gastos. Los límites de beneficios están en su Esquema de beneficios.

Año de beneficios: el *año de beneficios* es el período anual durante el cual:

- los beneficios se compran y se administran;
- se calculan deducibles, coseguro, copagos y el máximo de desembolso directo; y
- se aplican los límites de beneficios correspondientes.
- Consulte el capítulo 1 para obtener más información acerca de los años de beneficios.

Analista conductual certificado por la junta: un analista conductual acreditado por la junta de certificación de analistas conductuales como un analista conductual certificado por la junta.

Oficina de Atención Administrada u Oficina: la oficina en la División de Seguros.

Capitación: pago fijo por paciente y por unidad de tiempo efectuado por una aseguradora a un profesional de atención médica titulado, a un grupo de proveedores de atención médica o a una organización que emplea o utiliza los servicios de profesionales de salud para cubrir un conjunto específico de servicios y costos administrativos sin tener en cuenta el número real de servicios prestados.

Carelon: carelon Behavioral Health. Carelon es una organización *contratada* por WellSense para administrar los beneficios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias del *plan*.

Aseguradora: una compañía de seguros con licencia o de otro modo autorizada para tramitar seguros médicos o de accidentes en virtud del capítulo 175, una empresa de servicios hospitalarios sin fines de lucro constituida en virtud del capítulo 176A, una empresa de servicios médicos sin fines de lucro constituida en virtud del capítulo 176B, una organización de mantenimiento de la salud constituida en virtud del capítulo 176G y una organización que celebra un acuerdo de proveedor preferido conforme al capítulo 176I, pero que no incluye a un empleador que compra cobertura ni actúa en nombre de sus empleados o los empleados de una o más subsidiarias o corporaciones afiliadas del empleador. Salvo indicación en contrario, el término “aseguradora” no incluirá a ninguna entidad en la medida en que ofrezca una póliza, un certificado o un *contrato* que no sea un *plan* de beneficios de salud, según se define en la sección 1 del capítulo 176J.

Administración de casos: un conjunto coordinado de actividades realizadas para la administración de afecciones médicas graves, complejas o crónicas de un paciente *individual*.

Plan para situaciones catastróficas: un *plan* de beneficios de salud limitado exclusivamente a la venta a *personas* elegibles que también cumplen los requisitos de elegibilidad para los *planes* catastróficos definidos en 42 U.S.C. § 18022(e) con tarifas de *primas* que son coherentes con la sección 3. “Clase de negocio”, toda o una agrupación distinta

de asegurados elegibles, tal y como figura en los registros de la aseguradora, a la que se proporciona un *plan* de beneficios de salud a través de un sistema de prestación de atención médica que opera bajo una licencia distinta de la de otro grupo.

Solicitud de acreditación completa: una solicitud de acreditación que está debidamente firmada y fechada por el proveedor, y que incluye toda la información aplicable solicitada al proveedor por la aseguradora.

Revisor experto clínico: un médico u otro profesional de atención médica, que no sea el médico u otro profesional de atención médica que tomó la decisión inicial, que tiene una licencia no restringida de la junta de licencias profesionales correspondiente en el estado, certificación actual de una junta especializada aprobada por la Junta Estadounidense de Especialidades Médicas o de la Junta Asesora de Especialistas en Osteopatía de las principales áreas de servicios clínicos o, para los profesionales de atención médica que no son médicos, la junta profesional reconocida para su especialidad, que ejerce activamente en la misma especialidad o en una similar que normalmente aborda la afección médica, el procedimiento o el tratamiento en revisión, y cuya remuneración no depende directa ni indirectamente de la cantidad, el tipo o el costo de los servicios que dicha persona aprueba o deniega.

Criterios de revisión clínica: procedimientos de selección, decisiones, resúmenes, protocolos clínicos y lineamientos de práctica escritos y utilizados por una aseguradora para determinar la *necesidad médica* y la idoneidad de los servicios de atención médica.

Coseguro: el porcentaje de los costos que usted debe pagar por determinados *servicios cubiertos*. Consulte el capítulo 1 para obtener más información. Los montos de *coseguro* se encuentran en su Esquema de beneficios.

Comisión o comisionado: la comisión de seguros.

Tratamiento agudo en la comunidad para niños y adolescentes (CBAT): servicios agudos de salud mental provistos en un entorno seguro con personal las 24 horas, con suficiente personal clínico para garantizar la seguridad del niño o el adolescente y, a su vez, brindar servicios terapéuticos intensivos que incluyen, entre otros, supervisión diaria de medicamentos, evaluación psiquiátrica, personal de enfermería disponible, especialistas (según sea necesario), terapia *individual*, grupal y familiar, administración de casos, evaluación y consultas para familias, *planificación* del alta y pruebas psicológicas, según sea necesario. Este servicio puede usarse como alternativa o transición a servicios ambulatorios de tratamiento agudo. Siempre que un tratamiento residencial agudo (ART) sea similar al CBAT, puede considerarse que cumple con los requisitos de este boletín. **Nota: no se requiere autorización previa, pero se requiere una notificación por parte del Centro a WellSense dentro de las 72 horas posteriores a la admisión.**

Centro comunitario de salud conductual: los Centros comunitarios de salud conductual (CBHC) son ventanillas únicas para una amplia gama de programas de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias. La *red* del estado incluye 25 CBHC en comunidades de todo Massachusetts. Los CBHC ofrecen atención inmediata para las necesidades de salud mental y consumo de sustancias, tanto en situaciones de crisis como en el día a día.

Reclamo:

- Cualquier *consulta* realizada por o en nombre de un asegurado a una aseguradora u Organización de Revisión de Utilización que no se explicó o resolvió a satisfacción del asegurado dentro de los tres días hábiles de la *consulta*;
- cualquier asunto relativo a una determinación adversa; o
- en el caso de una aseguradora o una Organización de Revisión de la Utilización que no tiene un proceso de *consulta* interno, un reclamo significa cualquier *consulta*.

Revisión simultánea: Revisión de utilización realizada durante la hospitalización o tratamiento de un paciente asegurado.

Operador: el operador de seguro de salud del estado, establecido por el capítulo 176Q.

Sello de aprobación del operador: la aprobación dada por la junta del operador para indicar que un *plan* de beneficios de salud cumple con ciertos estándares de calidad y valor.

Copago: un monto fijo que usted debe pagar por ciertos *servicios cubiertos*. Los *copagos* se realizan directamente al proveedor en el momento en que usted recibe la atención (a menos que el proveedor haga otros arreglos). Los montos de los *copagos* están en su Esquema de beneficios.

Servicios cosméticos: servicios, incluida la cirugía, para cambiar o mejorar la apariencia.

Costos compartidos: los costos que usted paga por ciertos *servicios cubiertos*. Los *costos compartidos* comprenden los *deducibles*, *copagos* y/o *coseguro*. Los montos de los costos compartidos se encuentran en su Esquema de beneficios.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: la fecha, de acuerdo a nuestros registros, en que usted se convierte en *miembro* y es elegible, por primera vez, para recibir *servicios cubiertos* bajo el *plan*.

Servicios cubiertos: los servicios, suministros y medicamentos para los cuales el *plan* pagará según esta EOC. Los servicios cubiertos deben ser descritos como tales en la EOC; médicamente necesarios; que se reciban mientras usted es un *miembro* activo del *plan*; proporcionados por un *proveedor de la red* (excepto en una *emergencia*, para *atención de urgencia* o atención de *emergencia/urgencia* necesaria mientras está fuera del *área de servicio*, o en raras ocasiones cuando son aprobados con antelación por el *plan*), en algunos casos, autorizados por anticipado por un revisor autorizado del *plan*; que no figuren como excluidos en esta EOC; brindados para tratar una lesión, enfermedad, embarazo o para atención preventiva; y consistentes con las leyes federales o estatales vigentes.

Proveedor suplente: un proveedor que tiene un acuerdo con su *PCP* para brindar o coordinar su atención médica cuando su *PCP* no esté disponible para hacerlo. Los *proveedores suplentes* con frecuencia sustituyen a su *PCP* durante las tardes, noches, fines de semana, feriados y vacaciones.

Cobertura acreditable: cobertura de un *individuo* bajo cualquiera de los siguientes *planes* de salud sin un lapso de cobertura de más de 63 días: (a) un plan de salud colectivo; (b) un *plan* de salud, incluido, entre otros, un *plan* de salud emitido, renovado o entregado dentro o fuera de la mancomunidad a una persona que esté inscrita en un programa de seguro de salud para estudiantes que reúna los requisitos establecidos en la sección 18 del capítulo 15A o en un programa de salud para estudiantes que reúna los requisitos establecidos en otro estado; (c) la parte A o la parte B del título XVIII de la Ley del Seguro Social; (d) el título XIX de la Ley del Seguro Social, salvo la cobertura que consista únicamente en prestaciones en virtud de la sección 1928; (e) 10 U.S.C. 55; (f) un programa de atención médica del Servicio de Salud Indígena o de una organización tribal; (g) un fondo de riesgo de beneficios de salud estatal; (h) un plan de salud ofrecido en virtud de 5 U.S.C. 89; (i) un *plan* de salud pública según se define en la normativa federal autorizada por la Ley de Servicios de Salud Pública, sección 2701(c)(1)(I), modificada por la Ley Pública 104-191; (j) un plan de beneficios de salud en virtud de la Ley del Cuerpo de Paz, 22 U.S.C. 2504(e); (k) la cobertura para adultos jóvenes ofrecida en virtud de la sección 10 del capítulo 176J; o (l) cualquier otra cobertura que reúna los requisitos exigidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, en su versión modificada, o por la normativa promulgada en virtud de dicha ley.

Atención asistencial: atención que se proporciona principalmente para ayudarle en las *actividades de la vida diaria*, por personas que no requieren capacitación médica o habilidades profesionales; o principalmente para ayudar a mantener la seguridad suya o de alguien más cuando no hay otra razón para que usted reciba un nivel de atención hospitalaria médicamente necesaria. También se considera atención asistencial al mantenimiento de rutina para colostomías, catéteres urinarios o ileostomías.

Fecha de inscripción: con respecto a una *persona* cubierta por un *plan* de salud grupal o una cobertura de seguro médico, la fecha de inscripción de la *persona* en el *plan* o la cobertura o, si es anterior, el primer día del periodo de espera para dicha inscripción.

Días: días calendario, a menos que se especifique de otra manera en 211 CMR 52.00; el cálculo de días especificado en 211 CMR 52.00 comienza con el primer día siguiente la acción a la que se hace referencia, y se dispone además que si el último día de un período especificado en 211 CMR 52.00 cae un sábado, domingo o feriado estatal, el último día del período se considera que ocurre el siguiente día hábil.

Deducible: el deducible es el monto en dólares que paga por ciertos *servicios cubiertos* en un *año de beneficios* antes de que el *plan* tenga la obligación de pagar por esos *servicios cubiertos*. Una vez que usted alcanza su *deducible*, usted paga ya sea nada o el correspondiente *copago* o *coseguro* para aquellos *servicios cubiertos* durante el resto del *año de beneficios*. Consulte el capítulo 1 para obtener más información. Los montos de *deducibles* se encuentran en su Esquema de beneficios.

Plan de beneficios dental: una póliza, *contrato*, certificado o acuerdo de seguro, ofrecido o emitido por una aseguradora dental para proporcionar, entregar, organizar, pagar o reembolsar los costos de los servicios de atención dental.

Profesional de atención dental: un dentista u otro profesional de atención dental con licencia, acreditado o certificado para prestar servicios de atención dental, de conformidad con la ley.

Proveedor de atención dental: un profesional o centro de atención dental con licencia para proporcionar servicios de atención dental.

Servicios de atención dental o servicios dentales: servicios para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la cura o alivio de una condición, enfermedad o lesión dental.

Aseguradora de servicios dentales: una entidad que ofrece una póliza, un certificado o un *contrato* que brinda cobertura únicamente para servicios de atención dental.

Dependiente: el/la *cónyuge*, *hijo(a)* u otro dependiente del suscriptor, tal como lo define el *Operador de salud*. No todos los *dependientes* tienen autorización para inscribirse en todos los paquetes de beneficios del programa del *Plan* de salud calificado. Llame al Operador de salud para obtener información de elegibilidad.

Planificación del alta: el proceso formal para determinar, antes del alta de un centro, la coordinación y el manejo de la atención que un asegurado recibe después del alta de un centro

Dependiente discapacitado: un(a) hijo(a) del *suscriptor* o de su *cónyuge* que:

- se convirtió en discapacitado mental o físico de forma permanente antes de la edad de 26 años;
- vive con el *suscriptor* o *cónyuge*;
- no es capaz de mantenerse a sí mismo(a) debido a la incapacidad;
- estaba cubierto(a) bajo la cobertura familiar del *suscriptor* inmediatamente antes de la edad de 26 años, o estaba cubierto(a) por otra cobertura de salud de grupo desde que empezó la discapacidad.

División: la división de seguros.

Niño elegible: una *persona* elegible que, al inicio de un año del *plan*, no ha cumplido los 21 años de edad y que desea inscribirse en un *plan* sólo para niños ofrecido por una aseguradora.

Empleado elegible: un empleado que: (1) trabaja a tiempo completo con una semana laboral normal de treinta o más horas, e incluye a un propietario, un empresario individual o un socio de una sociedad; siempre que, no obstante, dicho propietario, empresario individual o socio esté incluido como empleado en un *plan* de asistencia médica de una pequeña empresa elegible, pero no incluye a un empleado que trabaje de forma temporal o sustituta, y (2) es contratado para trabajar durante un periodo no inferior a cinco meses.

Dependiente elegible: el cónyuge o hijo de una persona elegible, sujeto a los términos aplicables del *plan* de beneficios de salud que cubre a dicho empleado. El hijo de una persona o de un trabajador con derecho a percibir beneficios se considerará *persona dependiente* con derecho a percibirlos hasta que cumpla los veintiséis años de edad.

Persona elegible: una *persona* que es residente del estado.

Pequeña empresa o "grupo" subvencionable: cualquier propietario único, firma, corporación, sociedad o asociación que se dedique activamente a los negocios y que, al menos el cincuenta por ciento de sus días laborables durante el año anterior, empleó entre uno y no más de cincuenta empleados elegibles, la mayoría de los cuales trabajaron en la mancomunidad; siempre que, no obstante, una compañía de seguros de salud pueda ofrecer un seguro de salud a una empresa de más de cincuenta empleados de conformidad con las disposiciones de este capítulo. Para determinar el número de empleados elegibles, se considerará que una empresa es 1 pequeña empresa o grupo elegible si: (1) es elegible para presentar una declaración de impuestos combinada a efectos de la tributación estatal, o (2) sus empresas son empresas afiliadas a través de la misma matriz corporativa. Salvo que se disponga específicamente lo contrario, las disposiciones del presente capítulo que se apliquen a una pequeña empresa elegible seguirán aplicándose hasta el final del período de tarificación en el que un asegurado elegible deje de cumplir los requisitos de esta definición. Una pequeña empresa elegible que exista dentro de una MEWA estará sujeta a este capítulo.

Afección médica de emergencia: una *emergencia* se refiere a una afección médica, ya sea física, conductual, trastorno mental o relacionado con el consumo de sustancias, que se manifiesta a través de síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso que, en la ausencia de una atención médica inmediata, una persona prudente y no profesional y que posee un conocimiento promedio de salud y medicina podría determinar razonablemente que pondría la salud de un *miembro* o de otra persona, o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer y de su hijo no nacido, en serio peligro, o causaría un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o con respecto a una mujer embarazada tal y como se define en la sección 1867(e)(1)(B) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. sección 1395dd(e)(1)(B).

Servicios de emergencia: servicios para tratar una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, como para que una persona prudente que posea un conocimiento medio de salud y medicina pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata ponga en grave peligro la salud de un asegurado o de otra persona, o que se produzca un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o, con respecto a una mujer embarazada, según se define además en la sección 1867(e)(1)(B) de la Ley de Seguridad Social, 42 U.S.C. 1395dd(e)(1)(B).

Programas de servicios de emergencia: todos los programas para la prestación de servicios psiquiátricos de *emergencia* basados en la comunidad, incluidos, entre otros, servicios de evaluación, intervención y estabilización de crisis de salud conductual las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de: (i) servicios móviles de intervención en crisis para jóvenes; (ii) servicios móviles de intervención en crisis para adultos; (iii) ubicaciones basadas en la comunidad de proveedores de servicios de *emergencia*; y (iv) servicios comunitarios de estabilización de crisis para adultos.

Experimental o de investigación o tratamiento experimental o de investigación: un tratamiento, servicio, procedimiento, suministro, dispositivo, producto biológico o medicamento (comúnmente "tratamiento") que se considera experimental o de investigación para el uso en el diagnóstico o tratamiento de una afección médica si se cumple **alguna** de las siguientes condiciones:

- En el caso de un medicamento, dispositivo o producto biológico, no puede ser comercializado legalmente sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos ("FDA") y la FDA no ha dado la aprobación final.
- El tratamiento se describe como experimental (o de investigación, no comprobado o bajo estudio) en el documento de consentimiento informado escrito dado o por darse al miembro por el profesional o el centro de atención que brinda el tratamiento.
- La evidencia con autoridad en la materia no permite establecer conclusiones acerca del efecto del tratamiento sobre los resultados de salud.

- No existe suficiente evidencia fidedigna de que el tratamiento mejore los resultados netos de la salud. (Resultados netos de la salud significa que el efecto beneficioso del tratamiento en los resultados de salud pesará más que los efectos negativos que el mismo pueda tener sobre los resultados de salud). No existe suficiente evidencia fidedigna de que el tratamiento propuesto sea tan beneficioso como cualquier alternativa establecida. Esto significa que el tratamiento no mejora el resultado neto tanto o más que las alternativas establecidas.
- No existe suficiente evidencia fidedigna de que la mejoría del tratamiento sobre los resultados de salud se pueda alcanzar fuera de un ambiente de investigación.

“La evidencia con autoridad”, tal como se utiliza en esta definición, significa lo siguiente:

- Informes y artículos de estudios bien diseñados y realizados, publicados en publicaciones médicas y científicas de prestigio en idioma inglés. Las publicaciones deben estar sujetas a revisión de colegas por expertos médicos o científicos antes de ser impresas. Al evaluar esta evidencia, el *plan* toma en consideración la calidad de los estudios publicados y la consistencia de los resultados.
- Las opiniones y evaluaciones realizadas por: asociaciones médicas nacionales; otros organismos respetables que evalúan la tecnología; y profesionales de la salud con experiencia clínica reconocida en el tratamiento de la afección médica o que proporcionen tratamiento. Al evaluar esta evidencia, el *plan* toma en cuenta la calidad científica de la evidencia en la que se basan las opiniones y las evaluaciones.

El hecho de que un tratamiento se ofrezca como último recurso no significa que no sea un tratamiento experimental o de investigación.

Evidencia de cobertura: un certificado, *contrato* o acuerdo de seguro médico que incluye complementos, enmiendas, endosos y otros encartes adicionales o una descripción del resumen del *plan*.

Centro: una institución con licencia que brinda servicios de atención médica o un entorno de atención médica, incluidos, entre otros, hospitales y otros centros con licencia para pacientes hospitalizados, centros quirúrgicos o de tratamiento para pacientes ambulatorios, centros de enfermería especializada, centros residenciales de tratamiento, centros de diagnóstico, laboratorio e imágenes, y rehabilitación y otros entornos de salud terapéutica.

Equipo de estabilización familiar: FST es un modelo de terapia familiar intensivo que se enfoca en los jóvenes que están en mayor riesgo de ubicarse fuera del hogar debido a las conductas en su hogar. El joven y la familia emprenden una terapia familiar intensiva, además de construir capacidades *individuales* para mejorar su funcionamiento.

Hallazgo de negligencia: una determinación por escrito del comisionado de que una aseguradora no ha hecho y presentado los materiales obligatorios exigidos por M.G.L. c. 176O o 211 CMR 52.00 en la forma y dentro del plazo requerido

Fraude, Despilfarro y Abuso:

- Fraude: engaño intencional realizado por una persona que sabe que dicha acción podría tener como resultado un beneficio no autorizado. Un ejemplo es si un Miembro les presta su Tarjeta de identificación a otros para que reciban servicios de salud.
- Despilfarro: costos adicionales que ocurren cuando los servicios de atención médica se usan excesivamente. A diferencia del Fraude, el Despilfarro generalmente ocurre por error en lugar de ser acciones intencionales maliciosas.
- Abuso: acciones de Proveedores que:
 - No son consistentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas correctas; y
 - tienen como resultado costos innecesarios para MassHealth; o
 - en el pago de servicios que no son médicamente necesarios; o
 - que no cumplen con las normas de atención médica reconocidas.
 - También incluye acciones de los *miembros* que tienen como resultado costos innecesarios para MassHealth.

Queja: una queja formal presentada por usted sobre:

- *La administración del plan* (cómo opera el *plan*): cualquier acción tomada por un empleado del *plan*, cualquier

aspecto de los servicios, las políticas o los procedimientos del *plan* o un problema de facturación.

- Calidad de la atención: la calidad de atención que usted recibió de un *proveedor de la red*.

Grupo: un empleador u otra entidad legal, como lo define el Operador de salud, con el cual el Operador de salud tiene un *contrato de grupo* para hacer los arreglos para la prestación de la cobertura de grupo. Un grupo empleador sujeto a la ley ERISA (Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados) de 1974 es el patrocinador del *plan* ERISA. WellSense no es patrocinador del *plan*. Si usted es *miembro* a través de un grupo, el grupo es su agente y no es agente de WellSense.

Contrato de grupo: el acuerdo entre un grupo y el Operador de salud bajo el cual:

- el Operador de salud está de acuerdo en hacer los arreglos para que el grupo obtenga cobertura bajo el *plan*; y
- el grupo acepta pagar la *prima* al Operador de salud para la cobertura bajo el *plan*.

El *contrato de grupo* incluye esta EOC (Evidencia de Cobertura) y los Esquemas de beneficios aplicables.

Miembro del grupo: una categoría de *suscriptor* (y sus *dependientes* inscritos) que recibe cobertura bajo el *plan* a través de un *contrato de grupo*.

Plan de beneficios de salud: toda póliza *individual*, general, general o colectiva de seguro de enfermedad, accidente y enfermedad emitida por una aseguradora autorizada en virtud del capítulo 175; un plan de servicios hospitalarios *individual* o colectivo emitido por una corporación de servicios hospitalarios sin fines de lucro en virtud del capítulo 176A; un *plan* de servicios médicos *individual* o grupal emitido por una corporación de servicios médicos sin ánimo de lucro en virtud del capítulo 176B; y un *contrato* de mantenimiento de la salud *individual* o grupal emitido por una organización de mantenimiento de la salud en virtud del capítulo 176G. Los *planes* de beneficios de salud no incluirán beneficios sólo por accidente, sólo por crédito, visión de alcance limitado o dentales si se ofrecen por separado; las pólizas de seguro de indemnización hospitalaria que proporcionen un beneficio que se pagará a un asegurado o a un *dependiente*, incluido el cónyuge de un asegurado, en función de una hospitalización del asegurado o de un *dependiente*, que se vendan como suplemento y no como sustituto de un *plan* de beneficios de salud y que cumplan cualquier requisito que establezca el comisionado mediante reglamento; el seguro de ingresos por incapacidad; la cobertura emitida como suplemento de un seguro de responsabilidad civil; seguro de enfermedad específica que se adquiere como complemento y no como sustituto de un *plan* de salud y que cumple todos los requisitos que pueda establecer el comisionado mediante reglamento; seguro derivado de una ley de compensación de trabajadores o ley similar; seguro de pago de gastos médicos de automóvil; seguro en virtud del cual las prestaciones se pagan con o sin tener en cuenta la culpa y que la ley exige que esté incluido en una póliza de seguro de responsabilidad civil o en un autoseguro equivalente; asistencia a largo plazo si se ofrece por separado; cobertura complementaria a la cobertura prevista en 10 U.S.C. 55 si se ofrece como cobertura complementaria a la cobertura prevista en 10 U.S.C. 55, si se ofrece como póliza de seguro independiente; seguro de viaje; o cualquier póliza sujeta al capítulo 176K o cualquier póliza similar emitida en grupo, *planes* Medicare Advantage o *planes* Medicare de medicamentos recetados. Un *plan* de salud emitido, renovado o entregado dentro o fuera de la mancomunidad a una *persona* que esté inscrita en un programa de seguro de salud para estudiantes que reúna los requisitos conforme a la sección 18 del capítulo 15A no se considerará un *plan* de salud a los efectos de este capítulo y se registrará por dicho capítulo 15A. El seguro de viaje, a efectos del presente capítulo, es un seguro que cubre los riesgos personales inherentes a un viaje programado, incluidos, entre otros, los siguientes (i) interrupción o cancelación del viaje o evento; (ii) pérdida de equipaje o efectos personales; (iii) daños al alojamiento o a los vehículos de alquiler; o (iv) enfermedad, accidente, invalidez o fallecimiento ocurridos durante el viaje, siempre que los beneficios de salud no se ofrezcan de forma independiente y sean accesorios a otras coberturas. El término "seguro de viaje" no incluye los *planes* de gastos médicos mayores, que ofrecen protección médica completa a los viajeros con viajes de 6 meses o más de duración, incluidos, por ejemplo, los que trabajan en el extranjero como expatriados o el personal militar desplegado. El comisionado puede, por reglamento, definir otra cobertura de salud como un beneficio de salud *plan* a efectos del presente capítulo.

Profesional de atención médica: médico u otro profesional de atención médica con licencia, acreditado o certificado para prestar servicios de salud específicos de conformidad con la ley.

Proveedor de atención médica o proveedor: profesional o centro de atención médica.

Servicios de atención médica o servicios de salud: servicios para el diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de una enfermedad o lesión física, de comportamiento, de salud mental o trastorno por consumo de sustancias.

Operador de salud (Health Connector): la Autoridad del Operador de Seguros Médicos del Estado. Esta es una organización establecida bajo la ley de MA (Massachusetts) para supervisar y operar el Qualified Health *Plan* Program (programa del plan de salud calificado). El Operador de salud es el intercambio que cumple con la Ley de Cuidado de Salud Asequible para Massachusetts. Cuando se utiliza el término Operador de salud, también incluye sus *subcontratistas*.

HMO: una organización de mantenimiento de la salud con licencia de conformidad con M.G.L. c. 176G.

Individuo: una categoría de *suscriptor* para el cual no hay contribución financiera del empleador para las *primas* según este *plan*. El *individuo* es responsable de pagar la totalidad aplicable de la *prima*. El suscriptor individual (o una persona en su nombre) celebra un contrato individual con el Operador de salud.

Contrato individual: el acuerdo entre un *individuo* y el Operador de salud bajo el cual:

- el *Operador de salud* acepta hacer los arreglos para que la *persona* obtenga cobertura bajo el *plan*; y
 - la *persona* acepta pagar la totalidad de la *prima* al Operador de salud para la cobertura bajo el *plan*.
- El *contrato individual* incluye esta EOC y los *Esquemas de beneficios* aplicables.

Servicios conductuales en el hogar: una combinación de terapia de gestión conductual médicamente necesaria con supervisión de gestión conductual, siempre que esos servicios estén disponibles, cuando se indique, donde resida el/la niño(a), lo cual incluye su hogar, hogar adoptivo, hogar adoptivo terapéutico u otro entorno comunitario. Los servicios conductuales en el hogar incluyen:

Paciente hospitalizado: un paciente que ingresa a un hospital u otro centro; y es registrado en esa institución como paciente ingresado.

Consulta: cualquier comunicación que usted haga al *plan* para solicitar que abordemos una acción, política o procedimiento del *plan*. Esto no incluye preguntas sobre determinaciones adversas, que son decisiones del *plan* para denegar cobertura basadas en una *necesidad médica*.

Asegurado: afiliado, persona cubierta, asegurado, *miembro*, titular de póliza o *suscriptor* de una aseguradora, incluida una persona cuya elegibilidad como asegurado de una aseguradora esté en disputa o revisión, o cualquier otra persona cuya atención puede estar sujeta a revisión de un programa de revisión de utilización o una entidad como se describe en otras disposiciones de este capítulo.

Coordinación de la atención intensiva: un servicio de atención que ofrece servicios de administración de casos específicos a niños y adolescentes con una alteración emocional grave, lo cual incluye *individuos* reincidentes, para cumplir con las necesidades integrales médicas, conductuales y psicológicas de un *individuo* y de su familia mientras se promueven resultados de calidad y rentables. Este servicio incluye una evaluación, el desarrollo de un *plan* de atención personalizado, derivaciones a los niveles de atención apropiados, supervisión de los objetivos y coordinación con otros servicios y apoyo social y con agencias estatales, según se indique. El servicio debe basarse en una filosofía de sistema de atención y el *plan* de atención personalizado debe estar hecho especialmente para el *individuo* a fin de cumplir con sus necesidades. El servicio debe incluir reuniones en persona y por teléfono, según se indique y según sea médicamente apropiado. La ICC se ofrece en un consultorio, en el hogar o en otros entornos, según sea médicamente apropiado.

Tratamiento intensivo basado en la comunidad para niños y adolescentes (ICBAT): ofrece el mismo servicio que CBAT para niños y adolescentes, pero con una intensidad mayor, que incluye evaluaciones y tratamientos psiquiátricos y psicofarmacológicos más frecuentes, y servicios y uso de personal con mayor intensidad. Los programas de ICBAT pueden aceptar niños y adolescentes con síntomas más agudos que aquellos admitidos en CBAT. Los programas de ICBAT pueden tratar niños y adolescentes con cuadros clínicos similares a los que se

mencionan en los servicios de salud mental, pero que pueden recibir atención en un entorno libre. También se define como un servicio de salud mental intensivo, de 24 horas de duración y gestionado clínicamente, para niños y adolescentes, que suele ofrecerse como alternativa al tratamiento agudo de salud mental. **Nota: No se requiere autorización previa, pero se requiere una notificación por parte del Centro a WellSense dentro de las 72 horas posteriores a la admisión.**

Los niños y adolescentes podrían aceptarse en un ICBAT directamente desde la comunidad como una alternativa para la internación en un hospital. El ICBAT no se utiliza como una ubicación menor después del alta de un entorno de 24 horas sin libertad.

Intermediario: una cámara de comercio, asociación comercial u otra organización, constituida con fines distintos a la obtención de seguros, según determine el comisionado, que ofrece como servicio a sus *miembros* la opción de adquirir un *plan* de beneficios de salud.

Sitio web en Internet: incluye, pero no se limita a, un sitio web en internet, un sitio web de intranet, un portal web o correo electrónico.

JCAHO: la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).

Grupo de proveedores de atención médica con licencia: sociedad, asociación, sociedad anónima, asociación de práctica *individual* u otro grupo que distribuye ingresos de la práctica entre los miembros. Una asociación de práctica *individual* es un grupo de proveedores de atención médica con licencia únicamente si consta de profesionales de atención médica *individuales* y no *subcontrata* a grupos de proveedores de atención médica con licencia.

Profesional de la salud mental autorizado: un médico con licencia que se especializa en la práctica de la psiquiatría, un psicólogo con licencia, un trabajador social clínico *independiente* con licencia, un trabajador social certificado con licencia, un consejero de salud mental con licencia, un consejero de salud mental supervisado con licencia, un enfermero psiquiátrico especialista clínico en salud mental con licencia, un enfermero psiquiátrico practicante de salud mental con licencia, un asistente médico con licencia que ejerce en el área de la psiquiatría, un consejero de alcohol y drogas con licencia, o un terapeuta matrimonial y familiar con licencia dentro del alcance legal de la práctica para dicho terapeuta.

Servicios de salud limitados: servicios farmacéuticos y otros servicios que puedan ser determinados por el comisionado para ser servicios de salud limitados. Servicios de salud limitados no incluirá servicios de hospital, médicos, quirúrgicos o de *emergencia*, excepto que dichos servicios sean brindados en conjunción con los servicios de salud limitados como se indica en la oración anterior.

Plan de red limitada: un plan de *red* limitada, como se define en 211 CMR 152.00: los *planes* de beneficios de salud usan *redes* de proveedores limitadas, regionales o en niveles.

Organización de atención administrada o MCO: una aseguradora sujeta a M.G.L. c. 176O.

Cambio de material: una modificación a cualquiera de los procedimientos o documentos de una aseguradora, incluyendo una aseguradora dental o de la vista, requerido por 211 CMR 52.00 que afecten sustancialmente los derechos o responsabilidades de: un asegurado; una aseguradora, incluyendo una aseguradora dental o de la vista; y/o un proveedor de atención médica, dental o de la vista.

Medicamento necesario (o necesidad médica): servicios de atención médica congruentes con principios de aceptación general del ejercicio médico profesional, determinado por el hecho de si (a) el servicio es el nivel de servicio o suministro disponible más apropiado para el *miembro* en cuestión considerando los perjuicios y beneficios potenciales para el *miembro*; (b) se sabe que el servicio es eficaz para mejorar los resultados de la salud, basado en evidencia científica, normas profesionales y opinión de un experto; o (c) por los servicios e intervenciones que no están en uso generalizado, el servicio está basado en evidencia científica.

Miembro: una persona inscrita en el plan bajo un contrato de grupo o contrato individual. Los miembros incluyen suscriptores y sus dependientes inscritos. Un miembro también es llamado "usted" en esta EOC.

Trastornos mentales: enfermedades o afecciones psiquiátricas. (Estos incluyen adicción a las drogas y alcoholismo). Las afecciones o enfermedades que califican como *trastornos mentales* aparecen en la edición más reciente, en el momento de su tratamiento del DSM.

Tratamiento agudo de salud mental: servicios de salud mental supervisados médicamente las 24 horas del día y prestados en un centro de hospitalización, autorizado por el departamento de salud mental, que proporciona evaluación psiquiátrica, gestión, tratamiento y *planificación* del alta en un entorno de tratamiento estructurado. Nota: no se requiere autorización previa, pero se requiere una notificación por parte del Centro a WellSense dentro de las 72 horas posteriores a la admisión.

Examen de bienestar de salud mental: un examen de detección o evaluación que pretende identificar cualquier necesidad de salud mental o conductual y recursos apropiados para tratamiento. El examen puede incluir: (i) observación, un examen de salud conductual, educación y consulta sobre cambios saludables en el estilo de vida, derivaciones a tratamientos en curso, servicios de salud mental y otros apoyos necesarios, y discusión de posibles opciones de medicación; y (ii) exámenes u observaciones adecuados a la edad para comprender los antecedentes de salud mental, la historia personal y el estado mental o cognitivo de la persona cubierta y, cuando proceda, los aportes pertinentes de los adultos mediante exámenes, entrevistas y preguntas.

Organización de acreditación nacional: la Comisión Estadounidense de Acreditación de Atención Médica/URAC, el Comité Nacional de Garantía de Calidad o cualquier otra entidad nacional de acreditación aprobada por la división que acredita a las aseguradoras sujetas a las disposiciones de este capítulo.

NCQA: el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance).

Normas del NCQA: las normas y directrices para la acreditación de *planes* de salud publicadas anualmente por el NCQA.

Red o red de proveedores: una agrupación de proveedores de atención médica que tiene un contrato con una aseguradora para prestar servicios a los asegurados cubiertos por todos los planes, las pólizas, los contratos u otros acuerdos de la aseguradora o algunos de ellos.

Farmacia de la red: una farmacia minorista, de especialidad o de pedidos farmacéuticos por correo que es un proveedor de la red.

Proveedor de la red: un proveedor con quien el *plan* tiene un acuerdo directo o indirecto para brindar servicios cubiertos a los miembros. Los proveedores no son empleados, agentes o representantes del *plan*. Los proveedores de la red se enumeran en el Directorio de proveedores del *plan*.

Plan de proveedores preferidos no controlados (Nongatekeeper Preferred Provider Plan): un *plan* de proveedores preferidos aprobado para ofrecer, en virtud de M.G.L. c. 176I que ofrece beneficios preferidos cuando una persona cubierta recibe atención de *proveedores de la red* pero no exige que el asegurado designe un proveedor de atención primaria para coordinar la entrega de atención o recibir derivaciones de la aseguradora o cualquier proveedor de la red como condición para recibir beneficios en el nivel de beneficios preferido.

Enfermera especializada: una enfermera registrada que tiene autorización en la práctica avanzada de la enfermería como enfermera especializada.

Oficina de Protección al Paciente: la oficina de la comisión de políticas de salud establecida por la sección 16 del capítulo 6D, responsable de la administración y la aplicación de las secciones 13, 14, 15 y 16.

Período de inscripción abierta: el período de cada año en que las personas elegibles (incluidos *dependientes* elegibles) pueden solicitar una *cobertura individual* (bajo un *contrato individual*) o *cobertura de grupo* (bajo un *contrato de grupo*).

Máximo de desembolso directo: este es el monto máximo de *costo compartido* que usted debe pagar en un año de *beneficios* para la mayor parte de los *servicios cubiertos*. Consulte el capítulo 1 para obtener más información. Los *máximos de desembolso directos*, si los hay, están en su Esquema de Beneficios.

Pacientes ambulatorios o servicios para pacientes ambulatorios: son servicios brindados a una *persona* que no está registrada como paciente internado en un centro. Por ejemplo, usted recibe *servicios ambulatorios* en el consultorio de un proveedor, en una sala de *emergencias*, centro de salud o clínica para pacientes ambulatorios.

Cirugía ambulatoria: cirugía que se lleva a cabo con anestesia en una sala de operaciones de un centro autorizado para realizar la cirugía; y donde se espera que sea dado de alta el mismo día. Ejemplos de esto son las cirugías para pacientes ambulatorios en un hospital o en un centro independiente para cirugía ambulatoria.

Proveedor participante: proveedor que, en virtud de un *contacto* con la aseguradora o con su *contratista* o *subcontratista*, ha acordado prestar servicios de atención médica a los asegurados con la expectativa de recibir un pago que no sea el *coseguro*, los *copagos* o los *deducibles*, directa o indirectamente de la aseguradora.

Asistente médico: una persona que se gradúa de un programa aprobado para la capacitación de asistentes médicos que es supervisada por un médico registrado

Plan: los beneficios descritos en esta EOC (incluido su Esquema de beneficios). El *plan* también se conoce como WellSense Health Plan. WellSense ha *contratado* con el Operador de salud para ofrecer el *plan* a *personas* y grupos.

Prima: el monto mensual total en dólares que debe pagar un *suscriptor individual* o grupo por la cobertura bajo el paquete de beneficios aplicable se describe en esta EOC. El Operador de salud le indicará la cantidad que deberá pagar por su *prima* mensual total.

Servicios de salud preventiva: cualquier servicio periódico, de rutina, de detección u de otra naturaleza, diseñados para la prevención y la detección temprana de enfermedades que una aseguradora debe proporcionar de conformidad con la ley federal o de Massachusetts.

Proveedor de atención primaria (PCP): un *profesional de atención médica* de la red calificado para proporcionar atención médica general para problemas de salud comunes, que (1) supervisa, coordina, receta o de otra manera proporciona o propone servicios de atención médica; (2) coordina y hace arreglos para la atención especializada; y (3) mantiene la continuidad de la atención dentro del ámbito de práctica. Los *PCP* son médicos que son especialistas en medicina interna, medicina familiar, práctica general o medicina pediátrica. Un *PCP* también puede ser un asistente médico o una enfermera especializada (debidamente acreditada) que proporciona servicios de atención primaria. Los *miembros* de sexo femenino pueden también seleccionar un ginecólogo/obstetra como su *PCP*.

Revisión prospectiva: revisión de utilización realizada antes de una admisión o un tratamiento, que incluye los requisitos de autorización o certificación previa de una aseguradora u organización de revisión de utilización.

Proveedor: profesionales de atención médica o centros de salud autorizados por la ley estatal. Los proveedores incluyen, entre otros, a: *médicos*, *asistentes médicos*, *enfermeras especializadas*, *hospitales*, *centros de enfermería especializada*, *psicólogos*, *asesores de salud mental con licencia*, *trabajadores sociales clínicos independientes con licencia*, *terapeutas de familia y matrimonio con licencia*, *enfermeras psiquiátricas con licencia certificadas como especialistas clínicas en enfermería de salud mental y psiquiátrica*, *psiquiatras*, *consejeros licenciados en alcohol y drogas*, *parteras certificadas*, *laboratorio y centros de imágenes*, y *farmacias*. Podemos referirnos a algunos proveedores como *médicos* o *profesionales*. Para averiguar si un proveedor es un proveedor de la *red*, llame a Servicios para Miembros o consulte el Directorio de proveedores.

Directorio de proveedores: una lista de nuestros *proveedores de la red*.

Proveedor de la red (o red): los proveedores con quienes el *plan* tiene un acuerdo para brindar *servicios cubiertos* a los *miembros*. El *plan* tiene diferentes redes de proveedores. La *red* de proveedores que aplica a usted se incluye en su Esquema de beneficios.

Asociación cualificada: una corporación sin fines de lucro o sin fines de lucro de Massachusetts, u otra entidad organizada y mantenida con el fin de promover los intereses ocupacionales, profesionales, comerciales o industriales de sus miembros de la asociación, distintos de la obtención de un seguro de salud, y que ha estado en existencia activa durante al menos 5 años, que comprende al menos 100 miembros de la asociación y cuya membresía está generalmente disponible para los miembros potenciales de la asociación de dicha ocupación, profesión, comercio o industria sin tener en cuenta la condición o estado de salud de un miembro potencial de la asociación o los empleados y *dependientes* de un miembro potencial de la asociación.

Programa del Plan de salud calificado: el programa del *Plan* de salud calificado supervisado por el Operador de salud.

Plan de salud calificado: cualquier (i) póliza general o general de seguro médico, quirúrgico u hospitalario descrita en la subdivisión (A), (C) o (D) de la sección ciento diez del capítulo ciento setenta y cinco; (ii) póliza de seguro de accidente o enfermedad descrita en la sección ciento ocho del capítulo ciento setenta y cinco que proporcione cobertura de gastos hospitalarios o quirúrgicos; (iii) *plan* hospitalario o de servicios médicos no colectivo o de grupo emitido por una corporación hospitalaria o de servicios médicos sin ánimo de lucro conforme a los capítulos ciento setenta y seis A y ciento setenta y seis B; (iv) *contrato* de mantenimiento de la salud grupal o no grupal emitido por una organización de mantenimiento de la salud conforme al capítulo ciento setenta y seis G; (v) *plan* de beneficios de salud grupal asegurado que incluye un acuerdo de proveedor preferido conforme al capítulo ciento setenta y seis I; (vi) *plan* de salud grupal de empleador autoasegurado o autofinanciado; (vii) cobertura de salud proporcionada a personas que sirven en las fuerzas armadas de los Estados Unidos; o (viii) asistencia médica proporcionada conforme al capítulo ciento dieciocho E. El comisionado podrá, mediante reglamento, definir otras coberturas de salud como *planes* de salud admisibles a efectos del presente capítulo.

Plan de red Regional: un *plan de red* regional, como se define en 211 CMR 152.00: los *planes* de beneficios de salud usan redes de proveedores limitadas, regionales o en niveles.

Proveedor religioso no médico: un proveedor que brinda atención médica pero proporciona solo tratamiento no médico religioso o atención de enfermería no médica religiosa.

Residente: una persona natural que vive en Massachusetts. El confinamiento en un hogar de ancianos, hospital u otra institución no es suficiente por sí mismo para calificar a una persona como residente.

Revisión retrospectiva: revisión de utilización de la *necesidad médica* que se lleva a cabo después de que se hayan brindado servicios a un paciente, pero no incluye la revisión de un reclamo que se limita a una evaluación de los niveles de reembolso, la veracidad de la documentación, la precisión de la codificación o la adjudicación del pago.

Misma especialidad o similar: el profesional de atención médica tiene credenciales y licencias similares que aquellos que generalmente brindan el tratamiento en cuestión y tiene experiencia en el tratamiento de la misma condición que es sujeto de la *queja*. Tal experiencia deber extenderse para el tratamiento de niños en una *queja* que involucre a un niño donde la edad de la paciente es relevante para la determinación de si un servicio o suministro solicitado es médicamente necesario.

Segunda opinión: una oportunidad o un requisito para obtener una evaluación clínica por parte de un profesional de atención médica que no sea el profesional de atención médica que hizo la recomendación original de un servicio de salud propuesto, para evaluar la necesidad clínica y la idoneidad del servicio de salud inicial propuesto.

Daño grave: circunstancias que podrían poner en serio peligro la vida, salud o la capacidad de recuperar la función

corporal máxima del *miembro* o que pueden ocasionar dolor grave.

Área de servicio: el área geográfica en la cual se localiza la *red de proveedores*. Ingrese al sitio web del *plan* en wellsense.org para obtener más información sobre nuestra *área de servicio*. (Podemos agregar o eliminar ciudades y pueblos de nuestra *área de servicio* de vez en cuando).

Cónyuge: según lo definido por el *Operador de salud*. Incluye un cónyuge divorciado o separado del *suscriptor* según lo exija la ley de MA.

Suscriptor: la persona que:

- firma el formulario de solicitud de afiliación en nombre de él/ella* y (si se permite) cualquier *dependiente*;
- en cuyo nombre se paga la *prima* de acuerdo ya sea con un *contrato de grupo* o un *contrato individual* (según corresponda);
- para un *contrato individual*, es un residente de MA (Massachusetts); y
- para un *contrato de grupo*, es un empleado de un *grupo*.

*Nota: En el caso de algunas *personas* elegibles menores de 21 años, que se inscriben en un *contrato individual*, el formulario de solicitud de afiliación es firmado por el padre, la madre o el tutor legal del *individuo* en nombre de ese *individuo*.

Telesalud: significa el modo de prestar servicios de atención médica y salud pública a través de las tecnologías de la información y la comunicación para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la gestión de la atención y la autogestión de la atención médica de un paciente. La telesalud facilita la autogestión del paciente y el apoyo del cuidador para los pacientes e incluye interacciones sincrónicas y transferencias asincrónicas de almacenamiento y reenvío.

Enfermo terminal o enfermedad terminal: una enfermedad que, probablemente y con un grado razonable de certeza médica, cause la muerte de una persona dentro de un plazo de seis meses o según la definición de la sección 1861(dd)(3)(A) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. Sección 1395x(dd)(3)(A).

Servicios de asesoría conductual: servicios médicamente necesarios provistos a un niño, diseñados para apoyar el funcionamiento social apropiado según la edad o para mejorar deficiencias en el funcionamiento social apropiado según la edad del niño debido a un diagnóstico de MDE. Siempre que dichos servicios incluyan apoyo, asesoría y capacitación del niño en conductas apropiadas según la edad, comunicación interpersonal, resolución de problemas, resolución de conflictos y relación apropiada con otros niños y adolescentes y con adultos. Los servicios deben ofrecerse, cuando se indique, en el lugar donde resida el niño, que incluye el hogar, hogar adoptivo, hogar adoptivo terapéutico u otro entorno comunitario. La asesoría conductual es un servicio de construcción de capacidades que abarca uno o más objetivos en el *plan* de tratamiento de salud conductual del joven. También puede ofrecerse en la comunidad para permitir que el joven practique las capacidades deseadas en entornos apropiados.

Plan de red en niveles: un *plan de red* en niveles, como se define en 211 CMR 152.00: los *planes de beneficios de salud* usan redes de proveedores limitadas, regionales o en niveles.

URAC: la Comisión de Acreditación de Atención Médica Estadounidense (American Accreditation HealthCare Commission/URAC), anteriormente conocida como la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización.

Atención de urgencia: atención médica necesaria que se presta para evitar un deterioro grave de su salud cuando usted tiene una enfermedad o lesión inesperada. La atención de urgencia no incluye, entre otras cosas, atención de rutina (incluida atención de rutina durante la maternidad o atención prenatal o posparto); atención preventiva; atención por afecciones médicas crónicas que requieren un tratamiento médico continuo; admisiones hospitalarias electivas o cirugía ambulatoria electiva.

Revisión de utilización: un conjunto de técnicas formales diseñadas para monitorear el uso o evaluar la necesidad clínica, la idoneidad, la eficacia o la eficiencia de servicios, procedimientos o entornos de atención médica. Esas

técnicas pueden incluir, entre otras, revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión simultánea, administración de casos, *planificación* de alta o revisión retrospectiva.

Organización de revisión de utilización: una entidad que realiza la revisión de utilización, que no es la aseguradora que realiza la revisión de utilización para sus propios *planes* de beneficios de salud.

Plan de beneficios de la vista: una póliza, *contrato*, certificado o acuerdo de seguro, ofrecido o emitido por una aseguradora de la vista para proporcionar, entregar, organizar, pagar o reembolsar los costos de los servicios de atención de la vista.

Profesional de atención de la vista: un oftalmólogo, optometrista u otro profesional con licencia, acreditado o certificado para brindar servicios de la vista especificados, de conformidad con la ley.

Proveedor de atención de la vista: un profesional de atención de la vista; o un centro con licencia para realizar y brindar servicios de atención de la vista.

Servicios de atención de la vista o servicios de la vista: servicios para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la cura o alivio de una condición, enfermedad o lesión de la vista.

Aseguradora de servicios para la vista: una entidad que ofrece una póliza, un certificado o un contrato que brinda cobertura únicamente para servicios de atención de la vista.

Programa de bienestar o "Programa de administración de la salud": un sistema organizado diseñado para mejorar la salud general de los participantes a través de actividades que pueden incluir, entre otras, educación, evaluación de riesgos de salud, coaching de estilo de vida, modificación de comportamientos y gestión específica de enfermedades.

WellSense: WellSense Health Plan, WellSense, es una organización de mantenimiento de la salud sin fines de lucro con licencia de MA. *WellSense* también se conoce como: WellSense Health *Plan* o Plan de salud WellSense. Coordinamos la prestación de servicios de atención médica a *miembros* a través de *contratos* con *proveedores de la red* en nuestra *área de servicio*. WellSense *contrata* al *Operador de salud* para ofrecer el plan a los *miembros*. También nos referimos a WellSense como "nosotros", "nos" o "nuestro".

Plan WellSense Clarity (o el "Plan"): el programa de beneficios de salud que se describe en esta EOC, junto con los correspondientes Esquemas de Beneficios. También se le conoce como el *plan*. A través de un acuerdo con el *Operador de salud*, WellSense **ofrece el plan a las personas que cumplen con los requisitos de elegibilidad correspondientes.**

Usted: Consulte "*Miembro*".

APÉNDICE B: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

1. *Usted tiene el derecho a ser tratado con respeto y con reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.*
2. *Tiene el derecho a que le informen sobre cualquier enfermedad que tenga y de entenderla.*
3. *Tiene el derecho de que le digan con anticipación (de una forma que usted entienda) sobre cualquier tratamiento(s) y alternativas que un proveedor piense que deban hacerse.*
4. *Usted tiene derecho de participar en las decisiones acerca de su atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento hasta donde la ley lo permita y saber cuál podría ser el resultado.*
5. *Tiene el derecho de tener una discusión abierta y honesta acerca de opciones de tratamiento pertinentes o médicamente necesarias para sus condiciones de salud, sin importar el costo o la cobertura del beneficio. Es posible que usted sea responsable de pagar los servicios que no estén incluidos en la Lista de servicios cubiertos o excluidos para su tipo de cobertura.*
6. *Tiene el derecho de esperar que sus proveedores de atención médica mantengan sus registros privados, así como todo lo que se discuta con ellos. No se divulgará ninguna información sin su consentimiento, a menos que sea requerido por ley.*
7. *Usted tiene derecho a solicitar un intérprete cuando reciba atención médica. Llame a [Servicios para Miembros](#) si necesita ayuda con este servicio.*
8. *Tiene derecho a solicitar un intérprete cuando llame o visite WellSense o con [Carelon Behavioral Health](#) (para salud conductual). Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda con este servicio.*
9. *Usted tiene derecho a elegir a su propio proveedor de atención primaria (PCP) y puede cambiar su PCP en cualquier momento. Debe comunicarse con Servicios para Miembros si desea cambiar su PCP.*
10. *Usted tiene derecho a recibir atención médica dentro de los plazos descritos en los documentos para miembros, y a presentar una Apelación interna si no recibe su atención médica dentro de dichos plazos.*
11. *Usted tiene derecho a expresar una queja y presentar un reclamo antes Servicios para Miembros, Carelon Behavioral Health y/o el centro de Servicios para Miembros sobre servicios que recibió del plan o de un proveedor de atención médica. Tiene derecho a apelar determinadas decisiones tomadas por WellSense o Carelon Behavioral Health (para salud conductual). Los motivos para las quejas y apelaciones internas se describen en sus documentos de miembro.*
12. *Usted tiene derecho a hablar sobre sus expedientes médicos con su proveedor y obtener una copia completa de dichos expedientes. También tiene el derecho de pedir un cambio en sus registros de salud.*
13. *Usted tiene derecho a conocer y recibir todos los beneficios, servicios, derechos y responsabilidades que usted tiene con WellSense y/o MassHealth.*
14. *Usted tiene derecho a que sus documentos de miembro y cualquier material impreso de WellSense se traduzcan a su idioma materno y/o a que se le lean estos materiales en voz alta si tiene problemas para ver o leer. Los servicios de interpretación oral estarán disponibles a solicitud y sin ningún costo.*
15. *Tiene el derecho de pedir una segunda opinión acerca de cualquier atención médica que su PCP le recomiende tomar. WellSense pagará por el costo de su visita de segunda opinión.*
16. *Usted tiene derecho a recibir atención médica de emergencia, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Consulte sus documentos de miembro para obtener información completa.*
17. *Tiene el derecho de estar libre de cualquier forma de restricción física o aislamiento que pueda ser usado como forma de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.*
18. *Usted tiene derecho a ejercer estos derechos sin que esto afecte de forma adversa la manera en que le tratan WellSense y sus proveedores.*
19. *Tiene el derecho de recibir tratamiento de salud de proveedores de WellSense sin importar la raza, edad, género, preferencia sexual, nacionalidad, religión, estado de salud, estado económico o discapacidades físicas. Y ningún proveedor debe involucrarse en ninguna práctica, con respecto a cualquier miembro de WellSense, que constituya una discriminación ilegal según cualquier ley o regulación estatal o federal.*
20. *Usted tiene derecho a cancelar su inscripción con WellSense y cambiar a otro plan de salud de MassHealth al llamar al Centro de Servicios para Miembros de WellSense (miembros de MassHealth).*
21. *Usted tiene derecho a recibir información acerca de WellSense, nuestros servicios, proveedores, y sobre sus derechos y responsabilidades.*
22. *Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre nuestra declaración de Derechos y responsabilidades.*
23. *Los miembros tienen derecho a rechazar los servicios a través de la telesalud y a ser atendidos en persona.*

APÉNDICE C: INFORMACIÓN SOBRE ERISA PARA MIEMBROS DEL GRUPO

Introducción a ERISA: si usted es un miembro del grupo y su plan es un plan ERISA, tiene ciertos derechos y protecciones bajo ERISA, que son las siglas en inglés de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (Employee Retirement Income Security Act) de 1974. La mayoría de los planes son planes de ERISA, pero existen excepciones. Comuníquese con su administrador del plan para saber si su plan es un plan de ERISA.

Información acerca de su plan y sus beneficios: ERISA da derecho a todos los participantes del plan para:

- Examinar, sin costo, en la oficina del administrador del plan y en otros lugares especificados, todos los documentos que rigen el plan. Estos incluyen, cuando corresponda: contratos de seguro médico; acuerdos colectivos de negociación; y una copia del informe anual más actualizado (serie del Formulario 5500) presentado por su plan al Departamento de Trabajo de Estados Unidos y disponible en la Sala de divulgación pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
- Al momento de la solicitud por escrito al administrador del plan, usted tiene derecho a obtener copias de documentos que rigen la operación del plan. Estos incluyen los documentos antes mencionados, así como una descripción del resumen del plan actualizada. El administrador del plan puede cobrarle un gasto razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. El administrador del plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido.

Continuación de la cobertura del Plan de Salud de Grupo: ERISA señala que todos los participantes del plan tienen derecho a:

- Continuar la cobertura de atención médica para el afiliado, cónyuge u otros dependientes si hay una pérdida de la cobertura bajo el plan como resultado de un evento que califique. El suscriptor o dependientes pueden tener que pagar por dicha continuación de cobertura.
- Revise la descripción del resumen del plan y los otros documentos que rigen el plan en las reglas que rigen sus derechos de continuidad de la cobertura bajo COBRA, la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado.
- Reducción o eliminación de períodos de exclusión de cobertura por condiciones preexistentes bajo un plan de salud de grupo, si usted tiene cobertura acreditable de otro plan. Su plan de salud de grupo o el emisor de su seguro de salud deben proveerle a usted un certificado gratuito de cobertura acreditable cuando: usted pierda la cobertura bajo el plan; cuando se llegue a tener derecho a elegir cobertura de continuación de COBRA; cuando cese su cobertura de continuación de COBRA; si usted lo solicita antes de perder la cobertura; o si usted lo solicita hasta 24 meses después de haber perdido la cobertura. Sin evidencia de cobertura acreditable, usted puede estar sujeto a una exclusión por condiciones preexistentes durante 12 meses (18 meses para afiliados con inscripción tardía) después de la fecha de inscripción en su cobertura. (La cobertura que se describe en esta EOC no contiene una exclusión de condiciones preexistentes).

Acciones prudentes por los fiduciarios del plan: ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación. Las personas que operan su plan se llaman "fiduciarios" del plan. Ellos tienen el deber de operar su plan con prudencia y en los intereses de los participantes y los beneficiarios del plan. Nadie, ni siquiera su empleador, sindicato ni cualquier otra persona, puede despedir a un suscriptor o, de alguna otra forma discriminar en su contra en modo alguno para impedir que obtenga un beneficio del plan o ejerza sus derechos ERISA.

Ejecución de sus derechos: Si su reclamo para un beneficio del plan es denegado o ignorado, completamente o en parte, usted tiene derecho a saber el motivo, obtener sin costo una copia de los documentos relacionados con la decisión y apelar cualquier denegación, todo ello dentro de ciertos períodos de tiempo.

ERISA estipula las medidas que usted puede tomar para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si usted solicita una copia de un documento de un plan y no la recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al administrador del plan que proporcione los documentos y que le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los documentos, a menos que los documentos no le fuesen enviados debido a razones fuera del control del administrador del plan. Si usted tiene un reclamo por beneficios que es denegado o

ignorado, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Asimismo, si usted no está de acuerdo con la decisión del plan o la falta de decisión, con respecto a la condición calificada de una orden de relaciones domésticas o una orden de apoyo médico para un hijo(a), usted puede presentar una demanda en un tribunal federal. Si un fiduciario del plan hace uso indebido del dinero del plan, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda en el Departamento de Trabajo de Estados Unidos. También puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién tiene que pagar los honorarios legales y gastos del tribunal. Si usted resulta favorecido, el tribunal puede ordenar que la persona que usted demandó pague estos costos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenar que usted pague estos costos y honorarios. Por ejemplo, si un tribunal encuentra que su reclamación es frívola, usted tendrá que pagar los honorarios legales y gastos del tribunal.

Ayuda para responder sus preguntas: Usted debe comunicarse con el administrador de su plan si tiene alguna pregunta acerca de su plan. Si usted tiene preguntas acerca de esta declaración o sobre sus derechos ERISA, o si necesita ayuda para obtener los documentos del administrador del plan, debe comunicarse con:

- la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de Estados Unidos, que aparece en su directorio telefónico; o bien,
- la división de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de Estados Unidos, 200 Constitution Avenue NW, Washington, D.C. 20210.

También puede obtener ciertas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA. Llame a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

PROCESAMIENTO DE RECLAMOS POR BENEFICIOS DEL PLAN: La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) ha publicado las regulaciones de procedimientos para determinación de beneficios de los planes de beneficios para empleados regidos por ERISA. Las regulaciones establecen requisitos en relación con el procesamiento de reclamos de beneficios del plan, incluidos los reclamos de atención de urgencia, reclamos antes del servicio, reclamos posteriores al servicio y revisión de la denegación de reclamos.

¿Quién puede presentar un reclamo? Las regulaciones del DOL se aplican a los reclamos presentados por los participantes ERISA o sus beneficiarios. De acuerdo con los reglamentos, el plan permite que un representante autorizado (referido como el “reclamante autorizado”) actúe en su nombre al presentar un reclamo u obtenga una revisión de la decisión de un reclamo. Un reclamante autorizado puede ser cualquier persona (incluido, por ejemplo, un miembro de su familia, un abogado, etc.) que usted designe para que actúe en su nombre con respecto a una reclamación de beneficios.

¿Cómo designo a un reclamante autorizado? Un reclamante autorizado puede ser designado en cualquier momento durante el proceso de reclamos, durante el servicio previo, el nivel de servicio posterior o en una apelación. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-833-8120 para obtener información sobre cómo designar a un reclamante autorizado.

Tipos de reclamos: hay varios tipos diferentes de reclamos que usted puede presentar para revisión. Los procedimientos del plan para revisar reclamos dependen del tipo de reclamo presentado (reclamos de atención de urgencia, reclamos antes del servicio, reclamos posteriores al servicio y decisiones de atención simultánea).

Reclamo por atención de urgencia: Un “reclamo por atención de urgencia” es un reclamo para tratamiento o atención médica donde la aplicación del procedimiento de revisión de reclamos para reclamos no urgentes: (1) podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones máximas, o (2) basado en la determinación de su proveedor, le podría someter a dolor severo que no puede manejarse adecuadamente sin la atención o tratamiento que se solicita. Para reclamos de atención de urgencia, le responderemos dentro de las 72 horas después de haber recibido el reclamo. Si determinamos que se necesita información adicional para revisar su reclamo, le notificaremos dentro de las siguientes 24 horas después de haber recibido el reclamo y le daremos una descripción de la información adicional necesaria evaluar su reclamo. Usted tiene 48 horas a partir de ese momento para proporcionar la información solicitada. Evaluaremos su reclamo dentro de las siguientes 48 horas después de ocurrir lo primero entre: que recibamos la información solicitada, o el final del período de extensión otorgado para que usted suministre la información solicitada.

Decisiones de atención simultánea: Una “decisión de atención simultánea” es una determinación relacionada con la continuación o reducción del curso de un tratamiento continuo. Si el plan ya ha aprobado un curso de tratamiento continuo para usted y toma en consideración reducir o terminar el tratamiento, se lo notificaremos con suficiente antelación a la reducción o terminación del tratamiento para que usted apele la decisión y obtenga una determinación antes de que el tratamiento se reduzca o termine. Si usted solicita extender un curso de tratamiento continuo que involucra atención de urgencia, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas después de haber recibido la solicitud (siempre que usted realice la solicitud por lo menos 24 horas antes de la fecha de vencimiento del curso de tratamiento continuo). Si usted llega al final de un curso de tratamiento aprobado previamente antes de solicitar servicios adicionales, se aplicarán límites de tiempo “preservicio” o “postservicio”.

Reclamo preservicio: un “reclamo preservicio” es un reclamo que requiere la aprobación de los beneficios antes de obtener la atención. Para reclamos preservicios, el plan le responderá dentro de los 15 días después de haber recibido el reclamo*. Si determinamos que se necesita una extensión debido a cuestiones ajenas a nuestro control, le notificaremos dentro de los 15 días y le informaremos sobre las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual esperamos darle a conocer nuestra decisión (hasta 15 días adicionales). Si usted hace un reclamo preservicio, pero no presenta suficiente información para que nosotros tomemos una decisión, le notificaremos dentro de los 15 días y describiremos la información que debe proporcionarnos. Usted tendrá al menos 45 días a partir de la fecha en que recibe la notificación para proporcionar la información solicitada.

Reclamo postservicio: un “reclamo postservicio” es un reclamo para el pago de un servicio en particular, después de que el servicio se ha prestado. Para reclamos posteriores al servicio, el plan le responderá a usted 30 días después de haber recibido el reclamo. Si determinamos que se necesita una extensión debido a cuestiones ajenas a nuestro control, le notificaremos dentro de los 30 días y le informaremos sobre las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual esperamos darle a conocer nuestra decisión (hasta 15 días adicionales). Si usted hace un reclamo postservicio, pero no presenta suficiente información para que nosotros tomemos una decisión, le notificaremos dentro de los 30 días y describiremos la información que debe proporcionarnos. Usted tendrá al menos 45 días a partir de la fecha en que recibe la notificación para proporcionar la información solicitada. Si se niega su solicitud de cobertura, usted tiene derecho a presentar una apelación. Consulte el capítulo 6 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

* *De acuerdo con la ley de MA, el plan hará una determinación inicial en relación con una hospitalización, procedimiento o servicio propuesto que requiere dicha determinación dentro de los siguientes dos días hábiles después de obtener toda la información necesaria.

Declaración de derechos de acuerdo con la Ley de Protección de Salud de Madres y Recién

Nacidos: En virtud de la ley federal, los planes de salud colectivos y emisores de seguro médico que ofrecen cobertura de seguro de salud de grupo:

- Por lo general no restringen los beneficios para cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el plan de salud de grupo o el emisor puede pagar por una estadía más corta si el proveedor que atiende (por ejemplo, el médico o enfermera obstétrica de la madre), después de la consulta con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido antes.
- No puede establecer el nivel de beneficios o costos de desembolso directo para que cualquier parte posterior de la estadía de 48 horas (o 96 horas) se trate en una forma menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier parte anterior de la estadía.
- Puede no requerir que un médico u otro proveedor de atención médica obtenga una autorización para indicar una duración de la estadía de hasta 48 horas, o 96 horas según se aplique. Sin embargo, para hacer uso de ciertos proveedores o centros de salud, es posible que se le requiera obtener autorización previa. Para obtener información sobre la autorización previa, comuníquese con Servicios para Miembros.

APÉNDICE D: SERVICIOS ADICIONALES PARA LOS MIEMBROS

Además de los *servicios cubiertos* descritos anteriormente, ofrecemos a nuestros *miembros ahorros adicionales*.

iPóngase en forma! Reembolso de acondicionamiento físico: usted es elegible para el reembolso del 25 % de sus cuotas de afiliación anual en un club de salud que califique. El reembolso está limitado a un solo miembro por familia por año calendario si usted cumple con los siguientes requisitos:

- Ser miembro de un club de salud que califique, que es un club que ofrece equipo para entrenamiento cardiovascular y de fortalecimiento, como los clubes de salud y acondicionamiento físico tradicionales, o YMCA/YWCA. No incluye centros de artes marciales, centros de gimnasia, clubes sociales, canchas de tenis o centros de natación, clubes de campo, o equipos o ligas deportivas.
- Ser un miembro del plan y de su club de salud que califique durante al menos los mismos 3 meses en un año calendario.
- Envíe un formulario de solicitud de reembolso completo al plan a más tardar el 31 de marzo del siguiente año calendario. Visite nuestro sitio web wellsense.org o llámenos al 1-855-833-8120 para obtener el formulario de solicitud de reembolso.
- Cada familia es elegible para el programa ***iPóngase en forma! Reembolso de acondicionamiento físico*** O BIEN el programa ***iÚselo! Reembolso del rastreador de acondicionamiento físico*** dentro de un año calendario, no ambos.

iÚselo! Reembolso del rastreador de acondicionamiento físico: como una alternativa al programa iPóngase en forma! Reembolso por acondicionamiento físico, usted tiene la opción de recibir un reembolso del 50 % para un dispositivo tecnológico para vestir, hasta \$50 por año.

El reembolso está limitado a un solo miembro por familia por año calendario si usted cumple con los siguientes requisitos:

- Compra un dispositivo para vestir que pueda llevar puesto y que monitoree sus niveles de salud y actividad. Los artículos para vestir incluyen rastreadores de acondicionamiento físico, relojes inteligentes y rastreadores de seguridad. Los iPhone no califican para el reembolso.
- Envíe un formulario de solicitud de reembolso completo y una copia del recibo de compra al plan a más tardar el 31 de diciembre del mismo año calendario. Visite nuestro sitio web wellsense.org o llámenos al 1-855-833- 8120 para obtener el formulario de solicitud de reembolso.

Cada familia es elegible para el programa ***iPóngase en forma! Reembolso de acondicionamiento físico*** O BIEN el programa ***iÚselo! Reembolso del rastreador de acondicionamiento físico*** dentro de un año calendario, no ambos.

Mom's Meals: usted es elegible para el envío gratuito de comidas de bajo costo que se preparan y se le entregan como miembro del plan WellSense Clarity. Para calificar para el envío gratuito, los pedidos se pueden realizar a través del siguiente enlace del sitio web de Mom's Meals (momsmeals.com/wellsense-clarity). Puede comenzar o finalizar este beneficio en cualquier momento que elija.

Weight Watchers®: usted es elegible para el reembolso del 25 % de los costos pagados por un programa de Weight Watchers. El reembolso está limitado a un solo miembro por familia por año calendario si usted cumple con los siguientes requisitos:

- Compra cualquier suscripción en línea, en una reunión local o de tutoría de Weight Watchers.
- Envíe un formulario de reembolso completo al plan a más tardar el 31 de marzo del siguiente año calendario. Visite wellsense.org o llámenos al 855-833-8120 para obtener el formulario de solicitud de reembolso.

Descuentos en anteojos: cuando acuda a un proveedor de atención de la vista participante de VSP (Vision Services Provider: 'proveedor de servicios oftalmológicos'), usted puede recibir:

- 20 % de descuento del precio de venta al por menor de juegos completos de anteojos, monturas y lentes con receta médica. Simplemente presente una receta válida (que no tenga más de 12 meses) de cualquier optometrista u oftalmólogo calificado.

- 15 % de descuento en los honorarios profesionales por la evaluación y ajuste de lentes de contacto con receta médica.

Encuentre proveedores de atención de la vista de VSP en vsp.com. Muestre su tarjeta de identificación del *plan* cuando adquiera servicios de un proveedor participante de VSP para recibir un descuento.

Estos programas de ahorro pueden cambiar con el tiempo sin previo aviso a los *miembros*. Para revisar programas de ahorros adicionales vigentes para los miembros, usted puede:

- llamar a Servicios para Miembros al 855-833-8120; o bien
- visitar nuestro sitio web wellsense.org

APÉNDICE E: LISTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA CUBIERTOS

Servicios de salud preventiva: El plan cubre servicios de salud preventiva. Estos son servicios para prevenir enfermedades o lesiones en lugar de diagnosticar o tratar un malestar o síntoma. Estos servicios son prestados por su PCP, obstetra de la red u otro proveedor de la red calificado. Para que tengan cobertura, se deben prestar todos los servicios de salud preventiva de acuerdo con los lineamientos de políticas médicas del plan, y con las leyes y reglamentos vigentes.

Información importante: En algunos casos, podría requerirse un código de diagnóstico para definir si un servicio es preventivo, de evaluación, de asesoramiento o de bienestar. Además, estos servicios preventivos podrían estar sujetos a limitaciones según los criterios de necesidad médica y otros criterios razonables de gestión médica.

Al recibir determinados servicios ambulatorios (que pueden o no estar sujetos a costos compartidos), es posible que también reciba otros servicios cubiertos que requieren costos compartidos aparte. Por ejemplo, durante una visita al consultorio por servicios de salud preventiva (sin costo compartido), podría realizarse una prueba de laboratorio para comprobar los niveles de TCH y, como esto no es preventivo, podría ser responsable de los costos compartidos por este servicio.

Algunos servicios podían ser preventivos en un principio (sin costo compartido), pero, en el transcurso de la visita o el procedimiento, podría ser médicamente necesario otro servicio. Extraer un pólipo podría hacer que un procedimiento preventivo pase a ser un procedimiento de diagnóstico, y entonces podría ser responsable por los costos compartidos de este servicio.

Nota: La información que se incluye aquí tiene como propósito ser una herramienta de referencia práctica y no es una garantía de pago. La guía está sujeta a cambios según las normas o regulaciones revisadas o nuevas, pautas adicionales o la política médica de WellSense.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-833-812 (gratis) de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Servicio preventivo (basado en recomendaciones de grado A y B del U.S. Preventive Service Task Force – USPSTF)	Descripción	Frecuencia
Aneurisma de aórtico abdominal: prueba de detección: hombres de 65 a 75 años que han fumado alguna vez	El USPSTF recomienda una prueba de detección por única vez de aneurisma aórtico abdominal (AAA) con ultrasonografía en hombres de 65 a 75 años que han fumado alguna vez.	1 por vida
Ansiedad en niños y adolescentes: prueba de detección: niños y adolescentes de 8 a 18 años	El USPSTF recomienda la prueba de detección de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 18 años.	
Uso de aspirina para prevenir la preeclampsia y morbilidad y mortalidad relacionadas: medicamentos preventivos: personas embarazadas en riesgo de preeclampsia	El USPSTF recomienda el uso de aspirina de bajas dosis (81 mg/día) como medicamento preventivo después de 12 semanas de gestación para personas que están en alto riesgo de preeclampsia.	Una vez por día después de 12 semanas de gestación.

Bacteriuria asintomática en adultos: detección: personas embarazadas	El USPSTF recomienda la detección de la bacteriuria asintomática mediante urocultivo en las embarazadas.	
Prueba de detección de presión arterial		
Cáncer relacionado con BRCA: evaluación del riesgo, asesoramiento genético y pruebas genéticas: mujeres con antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, ovario, trompas o peritoneal o ascendencia asociada a mutación del gen BRCA/2	El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria evalúen a las mujeres con antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, ovario, trompas de Falopio o peritoneal o que tengan una ascendencia asociada a mutaciones del gen de susceptibilidad al cáncer de mama 2 (BRCA/2) con una breve herramienta adecuada de evaluación del riesgo familiar. Las mujeres con un resultado positivo en la herramienta de evaluación del riesgo deben recibir asesoramiento genético y, si está indicado tras el asesoramiento, pruebas genéticas.	
Cáncer de mama: uso de medicación para reducir el riesgo: mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama de 35 años o más	El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan prescribir medicamentos reductores del riesgo, como tamoxifeno, raloxifeno o inhibidores de la aromatasa, a las mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama y bajo riesgo de efectos adversos de la medicación.	
Cáncer de mama: prueba de detección: mujeres de 50 a 74 años	El USPSTF recomienda una mamografía de detección cada dos años para mujeres de 50 a 74 años.	Cada 2 años
Cáncer cervical: prueba de detección: mujeres de 21 a 65 años	El USPSTF recomienda una prueba de detección de cáncer cervical cada 3 años con citología cervical solo para mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, el USPSTF recomienda la prueba de detección cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con la prueba del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH) sola, o cada 5 años con la prueba del VPH de alto riesgo en combinación con la citología (prueba conjunta).	De 21 a 29 años: 1 vez cada 3 años De 30 a 65 años: 1 vez cada 3 años, 1 vez cada 5 años para personas con alto riesgo de HPV, prueba única o en combinación con PAP
Clamidia y gonorrea: prueba de detección: mujeres sexualmente activas, incluidas las embarazadas	El USPSTF recomienda la detección de la gonorrea en todas las mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en las mujeres de 25 años o más que presenten un mayor riesgo de infección.	
Cáncer colorrectal: prueba de detección: adultos de 45 a 49 años	El USPSTF recomienda la detección del cáncer colorrectal en adultos de 45 a 49 años.	
Cáncer colorrectal: prueba de detección: adultos de 50 a 75 años	El USPSTF recomienda la detección del cáncer colorrectal en todos los adultos de 50 a 75 años.	
Prueba de detección de hipotiroidismo congénito	Derivado pero no completada	

Riesgo de depresión y suicidio en niños y adolescentes: prueba de detección: adolescentes de 12 a 18 años	El USPSTF recomienda la prueba de detección de trastorno depresivo mayor (MDD) en adolescentes de 12 a 18 años.	
Diabetes Mellitus tipo 2, adultos, Prueba de detección		Cada 3 años para adultos con resultados de pruebas normales
Capacitación para el automanejo de la diabetes		Año inicial: hasta 10 horas de capacitación, después de eso, hasta 2 horas por año para entrenamiento de seguimiento
Prevención de caídas en ancianos que viven en la comunidad: intervenciones: adultos de 65 años o más	El USPSTF recomienda intervenciones de ejercicio para prevenir las caídas en adultos de 65 años o más que viven en la comunidad y presentan un mayor riesgo de caídas.	
Ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural: medicación preventiva: mujeres que <i>planean</i> o pueden quedarse embarazadas	El USPSTF recomienda que todas las mujeres que estén <i>planeando</i> o puedan quedarse embarazadas tomen un suplemento diario que contenga de 0.4 a 0.8 mg (de 400 a 800 mcg) de ácido fólico.	
Diabetes gestacional: prueba de detección: embarazadas asintomáticas a las 24 semanas de gestación o después	El USPSTF recomienda la prueba de detección de la diabetes gestacional en embarazadas asintomáticas a las 24 semanas de gestación o después.	
Dieta saludable y actividad física para la prevención de enfermedades cardiovasculares en adultos con factores de riesgo cardiovascular: intervenciones de asesoramiento conductual: adultos con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular	El USPSTF recomienda ofrecer o remitir a los adultos con factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares a intervenciones de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física.	
Peso saludable y aumento de peso en el embarazo: intervenciones de asesoramiento conductual: embarazadas	El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan a las embarazadas intervenciones eficaces de asesoramiento conductual dirigidas a promover un aumento de peso saludable y a prevenir el aumento excesivo de peso gestacional durante el embarazo.	
Prueba de detección del virus de la hepatitis B		Anual
Infección por el virus de hepatitis B en mujeres embarazadas: prueba de detección: mujeres embarazadas	El USPSTF recomienda una prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) en mujeres embarazadas en su primera visita prenatal	1 vez por embarazo y 1 vez adicional por parto
Infección por virus de la hepatitis C en adolescentes y adultos: prueba de detección: adultos de 18 a 79 años	El USPSTF recomienda la prueba de detección para infección por el virus de la hepatitis C (HCV) para adultos de 18 a 79 años.	Anualmente; alto riesgo; uno para afiliados nacidos entre 1945 y 1965 no con alto riesgo; prueba de detección inicial para cualquier persona que haya recibido una transfusión de sangre antes de 1992

		y afiliados con uso actual o pasado de inyectables
Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): prueba de detección: adolescentes y adultos de 15 a 65 años	El USPSTF recomienda a los profesionales clínicos la detección de infección de HIV en adolescentes y adultos de 15 a 65 años. Los adolescentes más jóvenes y adultos mayores que están en riesgo alto de infección también deben recibir una prueba de detección.	Nacidos entre 1945 y 1965: sin restricciones de código de diagnóstico
Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): prueba de detección: embarazadas	El USPSTF recomienda a los profesionales clínicos la detección de infección de HIV para todas las personas embarazadas, incluyendo aquellas que se presenten en el parto cuyo estado serológico respecto al VIH se desconozca.	Anualmente para pacientes de 15 a 65 años con respecto al riesgo percibido, anualmente para pacientes menores de 15 años y adultos mayores de 65 años con mayor riesgo de VIH, pacientes embarazadas, 3 veces por embarazo.
Hipertensión en adultos: pruebas de detección: adultos de 18 años o más sin hipertensión conocida	El USPSTF recomienda una prueba de detección de hipertensión en adultos de 18 años o más mediante la medición de la presión arterial en el consultorio (OBPM). El USPSTF recomienda obtener mediciones de presión arterial fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.	
Terapia conductual intensiva (IBT, por sus siglas en inglés) para enfermedad cardiovascular	El USPSTF recomienda ofrecer o remitir a los adultos con factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares a intervenciones de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física.	Anual
Violencia de pareja, maltrato de ancianos y maltrato de adultos vulnerables: detección: mujeres en edad reproductiva	El USPSTF recomienda que los médicos realicen pruebas de detección de la violencia de pareja íntima (IPV) en mujeres en edad reproductiva y proporcionen o remitan a las mujeres con resultados positivos a servicios de apoyo continuos.	
Infección de tuberculosis latente: prueba de detección: adultos asintomáticos con mayor riesgo de infección	El USPSTF recomienda la detección de la infección de tuberculosis latente (LTBI) en las poblaciones de mayor riesgo.	
Prueba de detección de plomo, niños		
Hiperlipidemia en niños y adultos: pruebas de detección de colesterol anormal		

Cáncer de pulmón: prueba de detección: adultos de 50 a 80 años con un historial de tabaquismo de 20 paquetes al año y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años.	El USPSTF recomienda la prueba de detección anual del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) en adultos de 50 a 80 años que tengan un historial de tabaquismo de 20 paquetes al año y fumen actualmente o lo hayan dejado en los últimos 15 años. Las pruebas de detección deben interrumpirse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema de salud que limite sustancialmente la expectativa de vida o la capacidad o voluntad de realizarse una cirugía curativa de pulmón.	Anual
Terapia de nutrición médica (MNT)		
Obesidad en niños y adolescentes: prueba de detección: niños y adolescentes a partir de 6 años	El USPSTF recomienda que los médicos realicen pruebas de detección de la obesidad en niños y adolescentes a partir de 6 años y les ofrezcan o remitan a intervenciones conductuales integrales e intensivas para promover mejoras en el peso.	
Profilaxis ocular de la oftalmia gonocócica neonatal: medicación preventiva: recién nacidos	El USPSTF recomienda la medicación tópica ocular profiláctica para todos los recién nacidos con el fin de prevenir la oftalmia neonatal gonocócica.	
Osteoporosis para prevenir fracturas: prueba de detección: mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con mayor riesgo de osteoporosis	El USPSTF recomienda la detección de la osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir las fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años que presenten un riesgo elevado de osteoporosis, determinado por una herramienta clínica formal de evaluación del riesgo. Consulte la sección de Consideraciones clínicas para obtener información sobre la evaluación de riesgo.	
Osteoporosis para prevenir fracturas: detección: mujeres de 65 años o más	El USPSTF recomienda la detección de la osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir las fracturas osteoporóticas en mujeres de 65 años o más.	
Depresión perinatal: intervenciones preventivas: personas embarazadas y en la etapa posparto	El USPSTF recomienda que los médicos proporcionen o remitan a intervenciones de asesoramiento a las mujeres embarazadas y puérperas con mayor riesgo de depresión perinatal.	
Fenilcetonuria, detección		
Prediabetes y diabetes tipo 2: prueba de detección: adultos asintomáticos de 35 a 70 años que tienen sobrepeso u obesidad	El USPSTF recomienda la detección de la prediabetes y la diabetes de tipo 2 en adultos de 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o remitir a los pacientes con prediabetes a intervenciones preventivas eficaces.	

Preeclampsia: prueba de detección: mujer embarazada	El USPSTF recomienda la detección de la preeclampsia en mujeres embarazadas con mediciones de la presión arterial a lo largo del embarazo.	
Prevención de la caries dental en niños menores de 5 años: prueba de detección e intervenciones: niños menores de 5 años	El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria apliquen barniz de flúor a los dientes temporales de todos los lactantes y niños a partir de la edad de erupción del diente temporal.	hasta los 5 años de edad
Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): profilaxis previa a la exposición: personas con alto riesgo de contraer el VIH	El USPSTF recomienda que los médicos <i>ofrezcan</i> profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral eficaz a las personas con alto riesgo de contraer el VIH.	
Incompatibilidad Rh(D): prueba de detección: mujeres embarazadas, durante la primera visita de atención relacionada con el embarazo	El USPSTF recomienda encarecidamente la determinación del grupo sanguíneo Rh(D) y la realización de pruebas de anticuerpos a todas las embarazadas durante su primera visita para recibir atención relacionada con el embarazo.	detección en la 1. ^a visita y luego de nuevo en la visita de las semanas 24-28
Incompatibilidad Rh(D): prueba de detección: embarazadas Rh(D) negativo no sensibilizadas	El USPSTF recomienda repetir las pruebas de anticuerpos Rh(D) a todas las mujeres Rh(D)-negativas no sensibilizadas entre las semanas 24 y 28 de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh(D)-negativo.	detección en la 1. ^a visita y luego de nuevo en la visita de las semanas 24-28
Detección de la depresión en adultos: población adulta general, incluidas las mujeres embarazadas y en etapa posparto	El USPSTF recomienda la detección de la depresión en la población adulta general, incluidas las mujeres embarazadas y en etapa posparto. La detección debe aplicarse con sistemas adecuados que garanticen un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento apropiado.	
Infecciones de transmisión sexual: asesoramiento conductual: adolescentes sexualmente activos y adultos con mayor riesgo.	El USPSTF recomienda el asesoramiento conductual a todos los adolescentes sexualmente activos y a los adultos con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS).	
Enfermedad de células falciformes: evaluación		Recién nacidos
Prevención del cáncer de piel: asesoramiento conductual: adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños pequeños	El USPSTF recomienda aconsejar a los adultos jóvenes, adolescentes, niños y padres de niños pequeños sobre cómo minimizar la exposición a la radiación ultravioleta (UV) en personas de entre 6 meses y 24 años con piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel.	

Uso de estatinas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en adultos: medicación preventiva: adultos de 40 a 75 años con 1 o más factores de riesgo cardiovascular y un riesgo estimado de enfermedad cardiovascular (CVD) a 10 años igual o superior al 10 %.	El USPSTF recomienda que los médicos prescriban una estatina para la prevención primaria de la CVD a los adultos de 40 a 75 años que presenten uno o más factores de riesgo de CVD (es decir, dislipidemia, diabetes, hipertensión o tabaquismo) y un riesgo estimado a 10 años de sufrir un acontecimiento cardiovascular del 10 % o superior.	
Infección por sífilis en adolescentes y adultos no embarazadas: detección: adolescentes y adultos asintomáticos, no embarazadas, con mayor riesgo de infección por sífilis.	El USPSTF recomienda la detección de la infección por sífilis en personas con mayor riesgo de infección.	1 vez para hombres con alto riesgo
Infección por sífilis en mujeres embarazadas: prueba de detección: mujeres embarazadas	El USPSTF recomienda la detección temprana de la infección por sífilis en todas las mujeres embarazadas.	1 por embarazo si hay un riesgo alto, hasta 2 veces adicionales en el 3.er trimestre y en el parto si continúa el riesgo, hasta 2 sesiones anuales de conserjería de 30 minutos
Abandono del tabaquismo en adultos, incluidas las embarazadas: intervenciones: adultos no embarazadas	El USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, les aconsejen que dejen de consumir tabaco y les proporcionen intervenciones conductuales y farmacoterapia aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) para dejar de fumar a los adultos no embarazados que consumen tabaco.	
Abandono del tabaquismo en adultos, incluidas las embarazadas: intervenciones: personas embarazadas	El USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todas las embarazadas sobre el consumo de tabaco, les aconsejen que dejen de consumirlo y ofrezcan intervenciones conductuales para dejar de fumar a las embarazadas que lo consuman.	
Consumo de tabaco en niños y adolescentes: intervenciones en atención primaria: niños y adolescentes en edad escolar que no se han iniciado en el consumo de tabaco.	El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria proporcionen intervenciones, incluida la educación o el asesoramiento breve, para prevenir el inicio en el consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en edad escolar.	
Examen de tuberculosis para niños		
Consumo no saludable de alcohol en adolescentes y adultos: detección e Intervenciones de asesoramiento conductual: adultos de 18 años o más, incluidas las mujeres embarazadas.	El USPSTF recomienda la detección del consumo no saludable de alcohol en los centros de atención primaria en adultos de 18 años o más, incluidas las mujeres embarazadas, y proporcionar a las personas que consumen alcohol de forma arriesgada o peligrosa intervenciones breves de asesoramiento conductual para reducir el	

	consumo no saludable de alcohol.	
Consumo no saludable de drogas: prueba de detección: adultos de 18 años o más	El USPSTF recomienda la detección mediante preguntas sobre el consumo no saludable de drogas en adultos de 18 años o más. La prueba de detección debe aplicarse cuando puedan ofrecerse o derivarse servicios para un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y una atención adecuada. (La detección se refiere a hacer preguntas sobre el consumo no saludable de drogas, no a analizar muestras biológicas).	
Vista para niños de 6 meses a 5 años: prueba de detección: niños de 3 a 5 años	El USPSTF recomienda una prueba de detección de la vista al menos una vez para todos los niños de 3 a 5 años para detectar ambliopía u otros factores de riesgo.	Al menos una vez para niños de 3 a 5 años
Pérdida de peso para prevenir la morbilidad y mortalidad relacionadas con la obesidad en adultos: intervenciones conductuales: adultos	El USPSTF recomienda que los médicos ofrezcan o remitan a los adultos con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 (calculado como el peso en kilogramos dividido por la altura en metros al cuadrado) a intervenciones conductuales intensivas y multicomponentes.	