

Manual del miembro

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

WellSense Southcoast Alliance

Organización de atención responsable

wellsense.org/southcoast



Manual del Miembro de una Organización de atención responsable (ACO) de WellSense Health Plan



Multilanguage Interpreter Services

Important! This is about your WellSense Health Plan benefits. We can translate it for you free of charge. Please call **888-566-0010 (TTY: 711)** for translation help.

ilimportante! Esta información es sobre sus beneficios de WellSense Health Plan. Podemos traducirlo para usted de forma gratuita. Llame al **888-566-0012 (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 **888-566-0010 (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 **888-566-0010 (TTY: 711)**。(CHS)

Enpotan! Sa a se sou avantaj WellSense Health Plan ou an. Nou ka tradui li pou ou gratis. Tanpri relel **888-566-0010 (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 **888-566-0010 (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 **888-566-0010 (TTY: 711)**. (RUS)

Σημαντικό! Πρόκειται για τις παροχές του WellSense Health Plan. Μπορούμε να σας το μεταφράσουμε δωρεάν. Καλέστε στο **888-566-0010 (TTY: 711)** για βοήθεια σχετικά με τη μετάφραση. (ELG)

هام! هذا حول مزايا WellSense Health Plan الخاصة بك. يمكننا ترجمتها لك مجاناً. يرجى الاتصال
بـ **888-566-0010 (TTY: 711)** للمساعدة في الترجمة. (ARA)

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 **888-566-0010 (TTY: 711)** पर फ़ोन करें। (HIN)

중요! 이것은 WellSense Health Plan 혜택에 대한 내용입니다. 무료로 번역해 드릴 수 있습니다. 번역 도움이 필요하면 **888-566-0010 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오. (KOR)

ចំណុចសំខាន់! ព័ត៌មាននេះគឺ ស្តីអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃ WellSense Health Plan របស់អ្នក។ យើងអាចបកប្រែវាសម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **888-566-0010 (TTY: 711)** សម្រាប់ជំនួយផ្នែកបកប្រែ។ (KHM)

MAMCD

Manual del Miembro de una Organización de atención responsable (ACO) de WellSense Health Plan

Ważne! To dotyczy Twoich świadczeń w ramach planu zdrowotnego WellSense Health Plan. Możemy nieodpłatnie przetłumaczyć dla Ciebie te informacje. Zadzwoń pod numer **888-566-0010 (TTY: 711)**, aby uzyskać pomoc w tłumaczeniu. (POL)

ສິ່ງສໍາຄັນ! ນີ້ແມ່ນກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນ WellSense Health Plan ຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ກະລຸນາໃຫ້ **888-566-0010 (TTY: 711)** ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາ. (LAO)

Important! This material can be requested in an accessible format by calling 888-566-0010 (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, primary language, 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 and we will provide them in a timely manner. You can also find this information at the bottom of wellsense.org in the Nondiscrimination Section.

Civil Rights Coordinator
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129
Phone: 888-566-0010 (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:
hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Manual del Miembro de una Organización de atención responsable (ACO) de WellSense Health Plan

Si necesita estos servicios, comuníquese con WellSense Health Plan. Si cree que WellSense Health Plan no ha podido entregar estos servicios o le discriminó de alguna forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:

WellSense Health Plan, Attn: Civil Rights Coordinator, 100 City Square, Suite 200, Charlestown, MA 02129

Teléfono: 888-566-0010 (TTY/TDD 711)

Fax: 617-897-0805

Horario: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Puede presentar una reclamación en persona, por correo, fax o correo electrónico MemberQuestions@wellsense.org.

Si necesita ayuda para presentar una reclamación, WellSense Health Plan está disponible para ayudarle.

Puede presentar una reclamación ante MassHealth

Complete el **Formulario de reclamación de discriminación de MassHealth (MassHealth Discrimination Complaint Form)**, disponible en: [MassHealth Discrimination Complaint Procedure | Mass.gov](#)

Envíe el formulario por correo postal, por fax o por correo electrónico al Coordinador de Cumplimiento:

Correo postal:

Section 1557 Compliance Coordinator
1 Ashburton Place, 10th Floor
Boston, MA 02108

Fax: (617) 889-7862

Correo electrónico: Section1557Coordinator@state.ma.us

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

Manual del Miembro de una Organización de atención responsable (ACO) de WellSense Health Plan

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

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

Los formularios de quejas también están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

Índice

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro de un plan ACO.....	11
Sección 1.1	Bienvenido a nuestro Plan de la Organización de atención responsable (ACO).11
Sección 1.2	¿Qué es un Plan ACO?11
Sección 1.3	¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del Plan ACO?12
Sección 1.4	¿Puede cambiar de Plan ACO?.....12
Sección 1.5	Renovación de su cobertura de MassHealth13
Sección 1.6	Lo que puede esperar de nosotros14
Sección 1.7	Su Tarjeta de identificación del Plan ACO19
Sección 1.8	Mantenga actualizada su información personal y la información de otro seguro.....21
Sección 1.9	Comité asesor para Miembros22
Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes	23
Sección 2.1	Información de contacto del Departamento de Servicios al Miembro23
Sección 2.2	Información de contacto para otros servicios..... 24
Capítulo 3: Cómo recibir atención de los Proveedores	29
Sección 3.1	¿Qué es la red de proveedores del Plan ACO? 29
Sección 3.2	Información en su Lista de proveedores del Plan ACO..... 29
Sección 3.3	Cómo elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención 30
Sección 3.4	¿Cómo elegir a su PCP?32
Sección 3.5	Cómo cambiar de PCP..... 33
Sección 3.6	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red del Plan ACO 34
Sección 3.7	Cómo obtener una Segunda opinión..... 35
Sección 3.8	Cómo obtener atención para sus necesidades de Salud conductual 36
Sección 3.9	Cómo obtener atención de Proveedores que no pertenecen a la red..... 36
Sección 3.10	Continuidad de la atención.....37
Sección 3.11	Cuánto debe tardar recibir atención de Proveedores en la Red de proveedores del Plan ACO 39
Sección 3.12	Servicios de Emergencia, Atención de urgencia y fuera del horario de atención.....41
Capítulo 4: Cómo usar el Plan ACO para ayudarlo a manejar su salud.....	46

Sección 4.1	Embarazo y Planificación familiar	46
Sección 4.2	Atención preventiva: cómo mantenerse saludable	47
Capítulo 5: Servicios cubiertos (sus beneficios)		53
Sección 5.1	Entender sus servicios cubiertos (lo que está y no está cubierto)	53
Sección 5.2	Servicios cubiertos directamente por MassHealth	54
Sección 5.3	Servicios “adicionales” gratuitos para nuestros Miembros calificados	54
Sección 5.4	Dónde encontrar la Lista de servicios cubiertos y la Lista de servicios excluidos y limitados	55
Sección 5.5	Línea de consejos de enfermería y Línea de ayuda de Salud conductual para todos nuestros miembros	55
Sección 5.6	Reglas básicas para obtener atención médica cubierta por nosotros.....	56
Sección 5.7	Autorización previa: cómo obtener nuestra aprobación para ciertos servicios.	56
Capítulo 6: Obtención de medicamentos con receta		59
Sección 6.1	Lista de medicamentos del Plan ACO	59
Sección 6.2	Dónde encontrar la Lista de medicamentos del plan.....	60
Sección 6.3	Cambios a la Lista de medicamentos.....	60
Sección 6.4	Cómo hacer que se cubran sus recetas.....	61
Sección 6.5	Nuestros programas de farmacia: reglas especiales para la cobertura de ciertos medicamentos	64
Sección 6.6	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura	68
Capítulo 7: Manejo de Cuidado		70
Sección 7.1	Programas de Manejo de Cuidado	70
Sección 7.2	Programa de Manejo de Cuidado Médico (CM).....	71
Sección 7.3	Programa de Manejo de Cuidado de la Salud conductual (BH).....	73
Sección 7.4	Trabajar con socios de la comunidad para coordinar su atención	75
Capítulo 8: Cómo solicitarnos que paguemos		76
Capítulo 9: Cómo funciona otro seguro con su Plan ACO		79
Sección 9.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? (Coordinación de beneficios).....	79
Sección 9.2	Accidentes de vehículos motorizados y/o enfermedades/ lesiones relacionadas con el trabajo	79
Sección 9.3	Derecho a recuperar dinero de una persona que es responsable de una lesión (Subrogación)	80

Sección 9.4	Cooperación de los Miembros	80
Capítulo 10: Sus derechos y responsabilidades		82
Sección 10.1	Sus derechos.....	82
Sección 10.2	Sus responsabilidades.....	83
Sección 10.3	Su responsabilidad de denunciar Fraude.....	84
Sección 10.4	Paridad en la salud mental.....	85
Sección 10.5	Planificación anticipada para sus decisiones de atención médica.....	86
Capítulo 11: Qué hacer si hay un problema o tiene una consulta, apelación o una queja (reclamación)		88
Sección 11.1	Consultas.....	88
Sección 11.2	¿Qué es un Representante autorizado?.....	88
Sección 11.3	¿Qué es una apelación?.....	89
Sección 11.4	¿Qué es una Apelación interna?.....	90
Sección 11.5	Cómo y cuándo presentar una Apelación interna estándar	91
Sección 11.6	Cómo y cuándo presentar una Apelación interna expedita (rápida)	92
Sección 11.7	¿Pueden extenderse los plazos de la Apelación interna?.....	93
Sección 11.8	¿Cuándo podemos desestimar su Apelación interna?.....	93
Sección 11.9	¿Puede impugnar cuando desestimamos una Apelación interna?	93
Sección 11.10	Continuación de los servicios durante su proceso de Apelación interna	94
Sección 11.11	Sus derechos durante su proceso de Apelación interna.....	94
Sección 11.12	¿Qué sucede si no resolvemos su Apelación interna dentro de los plazos establecidos?.....	94
Sección 11.13	¿Cómo presentar una Apelación externa ante la Junta de Audiencias (BOH) .	95
Sección 11.14	Cómo solicitar la continuación de los servicios durante una Apelación externa ante la Junta de Audiencias (BOH)	95
Sección 11.15	Cómo presentar una Queja (Reclamación) y qué esperar después de hacerlo.	96
Capítulo 12: Finalizar su membresía al Plan ACO		99
Capítulo 13: Aviso de prácticas de privacidad.....		102
Capítulo 14: Aviso sobre no discriminación y Requisitos de accesibilidad y Declaración de no discriminación		110
Capítulo 15: Otra información importante del Plan ACO		112
Sección 15.1	Estructura y operaciones de WellSense	112
Sección 15.2	Programa de mejora de la calidad	113

Sección 15.3	Pautas de práctica clínica.....	113
Sección 15.4	Gestión de la utilización (UM)	113
Sección 15.5	Revisión de nuevas tecnologías.....	114
Sección 15.6	Planes de incentivos para médicos	114
Capítulo 16:	Definiciones de términos importantes.....	115

Capítulo 1: Cómo comenzar como miembro de un plan ACO

Sección 1.1 Bienvenido a nuestro Plan de la Organización de atención responsable (ACO)

Usted está inscrito en un Plan de la Organización de atención responsable (Accountable Care Organization, ACO) de WellSense. Nuestro plan es una organización para el mantenimiento de la salud y una organización de atención administrada de Medicaid sin fines de lucro con licencia en Massachusetts. Tenemos un contrato con Medicaid de Massachusetts (llamado MassHealth) para proporcionarle todos beneficios de MassHealth y más. En este manual, WellSense a menudo se denomina “nosotros” o “nuestro”.

Ofrecemos muchos planes ACO. El nombre de su Plan ACO está en la portada interior de este manual. Usted está inscrito en nuestro Plan ACO porque nos eligió o MassHealth lo asignó a nosotros. Mientras esté inscrito en uno de nuestros planes ACO, usted es nuestro “miembro”. Le enviaremos una Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO. **El nombre del Plan ACO en el que está inscrito aparece en el frente de la Tarjeta de identificación del miembro.** Este Manual del miembro se aplica a su Plan ACO.

Sección 1.2 ¿Qué es un Plan ACO?

Un Plan ACO es un tipo de plan de salud que es responsable de brindarle acceso a atención médica de calidad. Cada uno de nuestros planes ACO está compuesto por una red de proveedores que trabajan con nosotros. La red incluye proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP) además de otros proveedores. Por ejemplo, incluye especialistas, hospitales, farmacias y proveedores de salud conductual. Los PCP en su Plan ACO no trabajan con ningún otro Plan ACO. Su PCP y su equipo trabajan con usted y otros proveedores en la red de proveedores del Plan ACO para ayudarlo a recibir la atención correcta en el lugar correcto y en el lugar indicado.

Su Plan ACO brinda:

- Todos sus beneficios de MassHealth (llamados “servicios cubiertos”).
- Algunos beneficios “adicionales”.

Los servicios cubiertos y los beneficios “adicionales” se describen en el Capítulo 5 (Servicios cubiertos) y al final de este manual. (Vea el documento titulado “Requisitos de autorización previa (PA) y derivación para servicios cubiertos para miembros al Plan de la Organización de atención responsable (Plan ACO) de WellSense”, que también se denomina “Lista de servicios cubiertos”). Además, cada uno de nuestros planes ACO puede ofrecer programas especiales de salud para ayudarlo con sus necesidades de atención médica. Le enviaremos más información sobre estos programas especiales.

La información que le enviamos sobre estos programas especiales es parte de este manual.

Como miembro a uno de nuestros planes ACO:

- Debe vivir en el Área de servicio de nuestro Plan ACO. Las “Áreas de servicio” son grupos de ciudades o pueblos en los que el miembro debe vivir para poder inscribirse en un Plan ACO específico. El Área de servicio en la que viva determina en qué ACO puede inscribirse. Se le ha inscrito en una de nuestras ACO que cubre el área de servicio en la que vive. Para obtener más información sobre las áreas de servicio, consulte su Guía de inscripción a MassHealth o visite masshealthchoices.com.
- Debe elegir un PCP que esté en su Plan ACO o se le asignará uno.
- Puede cambiar su PCP en cualquier momento por otro PCP dentro del mismo Plan ACO.
- Debe recibir todos los servicios cubiertos de proveedores de la red del Plan ACO. Existen excepciones para determinadas situaciones que se describen más adelante en este manual.
- Es posible que pueda recibir los servicios de un Socio de la comunidad de Salud conductual o de Servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). (Consulte la Sección 7.4)
- La mayoría de los miembros tendrá un período de selección de plan y un período de inscripción fijo. (Consulte el Capítulo 12).

Sección 1.3 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del Plan ACO?

MassHealth, y no nosotros, decide si usted puede recibir beneficios de MassHealth. Si MassHealth aprueba su solicitud, MassHealth le permite inscribirse en ciertos tipos de plan de salud de MassHealth. En este caso, usted eligió, o fue asignado a, inscribirse en uno de nuestros planes ACO. Por lo tanto, ahora es un miembro.

Sección 1.4 ¿Puede cambiar de Plan ACO?

Existen reglas especiales respecto a cuándo puede y no puede cambiar su Plan ACO a otro plan de salud de MassHealth. La mayoría de los miembros inscritos en un Plan ACO solo puede cambiar de plan de salud durante un momento determinado. Este período de 90 días, que tiene lugar cada año, se llama “Período de selección de plan”. MassHealth le notificará cuando este período comience. Durante este período, puede cambiar de plan de salud por cualquier motivo.

Cuando su Período de selección de plan haya finalizado, no puede cambiar de plan de salud excepto por ciertos motivos, con la aprobación de MassHealth. El período en el que no

puede cambiarse de plan de salud se llama “Período de inscripción fijo”.

Algunos miembros pueden cambiar de plan de salud en cualquier momento. Consulte el Capítulo 12 para obtener más información sobre cómo cambiar de Plan ACO y los motivos por los que puede hacerlo.

Para cambiar de plan de salud durante cualquiera de los períodos descritos arriba, o si tiene preguntas sobre sus opciones de plan de salud, debe llamar al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth, al 800-841-2900, TDD/TTY 800-497-4648, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Sección 1.5 Renovación de su cobertura de MassHealth

Cada año, debe renovar sus beneficios de MassHealth. En algunos casos, MassHealth puede renovar su cobertura automáticamente. Si no puede hacerlo, MassHealth le enviará una carta recordatorio para informarle. Aquí hay algunas maneras en las que puede renovar:

Ingresa a MAhealthconnector.org e inicie sesión en su cuenta de usuario.

- Si no tiene una cuenta, use el enlace web que se proporciona en su carta de renovación de MassHealth para crear una cuenta. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth, al 800-841-2900, TDD/TTY 800-497-4648, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., para obtener ayuda para crear una cuenta en línea. (Necesitará una dirección de correo electrónico).
- Si tiene una cuenta, pero no sabe su nombre de usuario o su contraseña, puede “restablecerlas” en el sitio web.
- Si no recuerda haber creado una cuenta en línea, **no es** necesario que complete una nueva solicitud. Ingresa a MAhealthconnector.org. Allí, puede intentar restablecer su nombre de usuario y su contraseña. O bien, llame a Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900/TTY 800-497-4648, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. para obtener ayuda. Hay servicios de intérprete disponibles.
- Una vez que acceda a su cuenta, revise la información en su solicitud de renovación. Esta es la forma más rápida y sencilla de renovar su cobertura de MassHealth.
- Use el formulario con la información que se le envió en su carta de renovación de MassHealth. Ya tiene incluida la información de su grupo familiar.
- **Paso 1:** Si necesita hacer actualizaciones, siga las instrucciones en el formulario. Asegúrese de que su letra sea fácil de leer.
- **Paso 2:** Firme y escriba la fecha en el formulario. Luego, envíe por correo postal **TODAS LAS PÁGINAS** a Health Insurance Processing Center, P.O. Box 4405, Taunton, MA 02780, o por fax al 857-323-8300.

Renovación por teléfono.

- Llame a MassHealth al 800-841-2900/TTY 800-497-4648, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. para renovar por teléfono. Hay servicios de intérprete disponibles.

Renovación en persona.

Puede obtener ayuda gratuita en persona de un asistente de inscripción capacitado y certificado. Para encontrar uno cerca de usted, use el Buscador de asistentes de inscripción de MassHealth Connector (MassHealth Connector Enrollment Assister Search), en: my.mahealthconnector.org/enrollment-assisters. Los asistentes de inscripción, como los navegadores y los Consejeros de Solicitud Certificados (Certified Application Counselors, CAC) son personas capacitadas y certificadas en organizaciones en su área que pueden ayudarlo a solicitar cobertura, comprar planes, responder sus preguntas sobre su elegibilidad, pagos, detalles del plan y reglas y requisitos de la reforma de atención médica. **La ayuda de un asistente de inscripción es gratuita para personas de cualquier nivel de ingresos.**

Sección 1.6 Lo que puede esperar de nosotros

Acerca de este Manual del miembro

Este Manual fue creado para ayudar a describir cómo funciona su Plan ACO. También describe los servicios que nosotros o MassHealth cubrimos. También enumera los servicios que ni nosotros ni MassHealth cubrimos. Este manual también le explica el costo para usted por servicios cubiertos, beneficios adicionales y a quién llamar si tiene preguntas. Este Manual también está disponible en nuestro sitio web: wellsense.org.

Algunas palabras en este Manual del Miembro tienen un significado especial. Estas palabras aparecen en mayúsculas en todo el manual. Puede encontrar su significado en el Capítulo 16.

Debemos respetar todas las reglas de este Manual. Si cree que hemos hecho algo que va contra estas reglas, puede presentar una Queja (Reclamación) o una Apelación, según su situación. Consulte el Capítulo 11.

Tenga en cuenta que la información incluida en este Manual del miembro puede cambiar cada tanto. Visite siempre wellsense.org o llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. para obtener la información más actualizada.

Traducción de idiomas e información en otros formatos

Ofrecemos información del Plan ACO en otros formatos. También se conocen como “formatos alternativos”. Son para miembros que tienen capacidades de lectura limitadas o que necesitan servicios de ayuda lingüística.

Eso significa que podemos darle información de otras formas. Por ejemplo, podemos darle documentos en braille, letra de tamaño grande y distintos idiomas. Contamos con personal que habla idiomas que no son el inglés. Ofrecemos servicios de traducción en más de 200 idiomas. Si tiene preguntas, necesita este Manual u otros materiales escritos traducidos a otro idioma, o si necesita que alguien le lea esta u otra información, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Nuevos Miembros: llamada de bienvenida e información que le enviaremos.

Cuando se inscribe por primera vez en el Plan ACO, recibirá un paquete de materiales para el miembro. Este paquete tendrá este Manual y una Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO. También lo llamaremos para darle la bienvenida al Plan ACO. Durante esta llamada, le explicaremos las reglas del Plan ACO, sus beneficios y responderemos sus preguntas. Este es un buen momento para que haga preguntas sobre lo que está y no está cubierto conforme a los beneficios de su Plan ACO. Si no podemos comunicarnos con usted, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Estamos disponibles y estaremos encantados de hablar con usted.

Ayúdenos a entender sus necesidades médicas: “Evaluación de necesidades de atención”

Su paquete de nuevo Miembro también tiene un formulario especial. Se llama Evaluación de necesidades de atención (Care Needs Screening, CNS). La CNS nos ayuda a entender mejor sus necesidades de salud y cómo ayudarlo a mantenerse saludable. Tiene preguntas que nos ayudan a conocer sus necesidades médicas, de salud conductual y de otro tipo. Es importante que complete el formulario CNS y nos lo envíe. Envíelo en el sobre con franqueo pagado que se le entrega. También puede completar la CNS en línea. Simplemente vaya a la sección Member (Miembro) en [wellsense.org](https://www.wellsense.org). Si no completa su CNS, uno de los miembros del personal de Servicios al Miembro lo llamará y le preguntará si desea responder las preguntas por teléfono. Completar la CNS no afecta su capacidad para tener cobertura ni sus beneficios de salud. Por favor, responda esta evaluación en un plazo de 90 días a partir de su fecha de inscripción. Mantendremos su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) de forma confidencial (privada), según lo exige la ley. (Consulte el Capítulo 13).

Exámenes y evaluaciones adicionales disponibles

Además de la Evaluación de necesidades de atención, también se le puede pedir que participe en una Evaluación de necesidades sociales relacionadas con la salud (Health Related Social Needs, HRSN). La evaluación se usará para identificar necesidades sociales, que incluyen, entre otras:

- inseguridad de vivienda
- inseguridad alimenticia
- presión económica
- falta de acceso a transporte
- experiencias de violencia

También pueden incluir preguntas para:

- miembros de hasta 21 años de edad, acerca de necesidades escolares y relacionadas con la educación
- miembros de entre 21 y 45 años, apoyo y necesidades de empleo
- miembros de 45 años o más, inquietudes de aislamiento social

Como resultado de esta evaluación, puede solicitar servicios o asistencia relacionados con estas preocupaciones. Consulte la tabla a continuación para obtener una lista de los servicios complementarios de HRSN que están disponibles para ciertos miembros elegibles a través de MassHealth. También es posible que lo remitan a otros programas para abordar estas inquietudes.

Evaluaciones

Como mínimo, se proporcionará a los miembros una evaluación exhaustiva con lo siguiente, incluyendo, entre otros:

- necesidades especiales de atención médica
- miembros con alto riesgo o riesgo en aumento inscritos en coordinación de la atención mejorada
- miembros de BH CP o LTSS CP

Esta evaluación incluirá lo siguiente:

- necesidades de atención del miembro
- necesidades funcionales del miembro
- necesidades de accesibilidad del miembro
- metas del miembro
- otras necesidades del miembro

Estas evaluaciones y pruebas de detección ayudarán a determinar qué atención necesita el miembro, además de cualquier actividad de coordinación de la atención. Estas evaluaciones y pruebas de detección se harán en un lugar a elección del miembro. En estas evaluaciones y pruebas de detección se incluyen:

- servicios brindados por agencias estatales,
- afecciones médicas,
- medicamentos,
- capacidad de comunicar preocupaciones, síntomas, etc.,
- estado y necesidades funcionales, incluyendo
 - necesidades de LTSS,
 - necesidades para actividades de la vida diaria (ADL) o actividades prácticas de la vida diaria (IADL),
 - salud mental y consumo de sustancias, si corresponde, y
 - para miembros menores de 21 años, cualquier servicio y apoyo educativo, etc.

Nos aseguraremos de que todos los miembros reciban los servicios cubiertos necesarios y atención de seguimiento apropiada según las necesidades identificadas en las evaluaciones y pruebas de detección mencionadas anteriormente, incluyendo la coordinación de la atención.

Servicios complementarios de necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

MassHealth ha creado un nuevo programa llamado Servicios complementarios de Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN), que apoya a ciertos miembros que califican con necesidades de vivienda y nutrición. Para calificar, los miembros deben estar inscritos en MassHealth Standard, CommonHealth, Family Assistance o CarePlus, y estar inscritos activamente en un plan WellSense MassHealth ACO. Además, los miembros deben cumplir con los criterios de elegibilidad de HRSN, como cumplir con un factor de riesgo para el servicio y cumplir con los Criterios basados en necesidades de salud (Health Needs Based Criteria, HNBC) para el servicio. Los criterios de elegibilidad para HRSN son establecidos por MassHealth. Los servicios de HRSN no están sujetos a los procesos de Gestión de utilización que utilizamos para asegurarnos de que la atención que recibe sea "medicamente necesaria". Seguimos las pautas de elegibilidad para los servicios de Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) de la ACO de MassHealth. Puede encontrar más información en mass.gov/masshealth-health-related-social-needs-services.

Si no está de acuerdo con nuestra evaluación, o con la evaluación de un proveedor sobre su elegibilidad para los Servicios complementarios de HRSN, puede presentar una queja. Consulte el Capítulo 11, Sección 11.15 para obtener más información sobre cómo hacerlo. Los miembros no tienen derecho a apelar los Servicios complementarios de HRSN.

La tabla a continuación describe los Servicios complementarios de HRSN que están disponibles para los miembros que califican.

Servicios complementarios de HRSN – Servicios de Nutrición de Categoría 1

Los Servicios de Nutrición de Categoría 1 son servicios que proporcionan alimentos. Estos servicios de alimentos pueden mejorar, estabilizar o prevenir el empeoramiento de la salud de un miembro.

Servicio	Descripción
Recetas y vales de alimentos médicamente adaptados	Estos son vales de alimentos y tarjetas de regalo para supermercados destinados a la compra de alimentos de preparación ligera. Estos artículos deben estar incluidos en una lista aprobada por un profesional médico y ayudar a la condición médica del miembro. Estos servicios son para miembros que experimentan una seguridad alimentaria muy baja.
Comidas a domicilio médicamente adaptadas	Se trata de comidas totalmente preparadas y aprobadas por un profesional médico para ayudar al miembro a obtener la nutrición adecuada para su enfermedad. Estos servicios son para miembros que experimentan una inseguridad alimentaria muy baja.

Servicios complementarios de HRSN – Servicios de Nutrición de Categoría 2

Los Servicios de Nutrición de Categoría 2 son servicios que aumentan el éxito y el impacto de los servicios de Nutrición de Categoría 1. Esto se hace a través de la educación nutricional, los bienes, como los suministros de cocina, y los servicios distintos de los alimentos, como las clases de cocina.

Servicio	Descripción
Orientación nutricional	Se trata de clases grupales o sesiones personalizadas con un profesional médico en las que se brinda ayuda nutricional. Estos servicios son para miembros que experimentan una seguridad alimentaria muy baja.

Servicios complementarios de HRSN – Vivienda

Los servicios de vivienda de HRSN pueden ayudar a un miembro a encontrar una vivienda, obtener servicios para mejorar su situación en el hogar o ayudarlos a pagar ciertas cosas relacionadas con las necesidades de vivienda.

Servicio	Descripción
Hogares saludables	Estos son servicios que incluyen bienes y servicios que han demostrado mejorar las condiciones de vivienda relacionadas con necesidades de salud. Estos son servicios que no recaen en el propietario o dueño del inmueble, como ventiladores o purificadores de aire.
Búsqueda de vivienda	Estos son servicios que pueden ayudar a un miembro a encontrar, mudarse y mantener una vivienda. Estos servicios están disponibles para los miembros sin hogar.

Artículos y servicios excluidos de los servicios complementarios de HRSN

- Costos de construcción (ladrillos y mortero) o inversiones de capital;
- Alojamiento y comida fuera de las transiciones de cuidado o vivienda enumeradas específicamente;
- Becas y gastos de investigación no relacionados con el seguimiento y la evaluación;
- Costos de servicios en prisiones, centros correccionales o servicios para personas que están comprometidas civilmente y no pueden salir de un entorno institucional, excepto aquellos servicios de administración de casos relacionados con HRSN proporcionados como parte de una iniciativa de demostración de reingreso aprobada;
- Servicios prestados a personas que no están legalmente presentes en los Estados Unidos o que son indocumentadas;
- Gastos que suplanten servicios y actividades financiadas por otras entidades gubernamentales estatales y federales;
- Programas escolares para niños que suplantán a los programas del plan estatal de Medicaid o que son financiados por el Departamento de Educación y/o la agencia de educación estatal o local; o
- Cualquier otro proyecto o actividad que no esté específicamente aprobado por CMS como elegible para la cobertura como un artículo o servicio de HRSN bajo esta demostración.

Sección 1.7 Su Tarjeta de identificación del Plan ACO

Su Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO: úsela para recibir todos los servicios cubiertos. Esto incluye medicamentos con receta

Le enviaremos una Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO. Esta tarjeta les indica a sus Proveedores (incluso médicos y farmacias) que usted cuenta con la cobertura de uno de nuestros planes ACO. Mientras sea Miembro de nuestro Plan ACO, debe usar su

Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO siempre que reciba servicios cubiertos.

Esto incluye medicamentos con receta. Sin embargo, incluso si no tiene su Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO, un Proveedor nunca debe negarse a brindarle atención. Si su proveedor se niega a brindarle tratamiento, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Hablaremos con su proveedor y confirmaremos la información de su plan de salud.

- El frente de su Tarjeta de identificación del miembro indicará el nombre de su Plan ACO. Es importante que sepa el nombre de su Plan ACO. Le ayudará a encontrar la información correcta sobre su Plan ACO.
- El frente de su Tarjeta de identificación del Miembro también indicará el nombre de la Red de proveedores de su Plan ACO. Utilice ese nombre cuando ingrese a nuestro sitio web para buscar la Lista de proveedores del Plan ACO. De esta forma, puede estar seguro de que está buscando Proveedores en su Plan ACO.
- El dorso de su Tarjeta de identificación del miembro tiene números de teléfono importantes para comunicarse con nosotros, cómo obtener Atención de salud conductual y qué hacer cuando necesita Atención de emergencia.

Aquí hay un ejemplo de Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO. Le muestra cómo lucirá la suya:



¿Perdió su Tarjeta de identificación?

Si su Tarjeta de identificación de Miembro del Plan ACO se deteriora, se pierde o la roban, llame al Departamento de Servicios al Miembro de inmediato. Le enviaremos una nueva tarjeta. O bien, puede pedir una nueva a través de nuestro sitio web: wellsense.org.

Si su Tarjeta de identificación de MassHealth se deteriora, se pierde o la roban, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth, al 800 841-2900, TDD/TTY 800-497-4648, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. para pedir una nueva.

Sección 1.8 Mantenga actualizada su información personal y la información de otro seguro

Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted

El expediente de membresía que tenemos sobre usted tiene la información que recibimos de MassHealth. Esto incluye su dirección y su número de teléfono. Los Proveedores de la red que lo atienden deben tener información correcta sobre usted. Ellos utilizan su expediente de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos. Por tal motivo, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Informe estos cambios al Departamento de Servicios al Miembro:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga, incluso:
- Cualquier plan de seguro médico grupal de un empleador que le brinde cobertura
- Cobertura de la Compensación a los trabajadores debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.
- Beneficios para veteranos o planes de salud del gobierno que pudiera tener.
- "Continuación de cobertura" que tenga a través de COBRA (COBRA es una ley que exige que los empleadores permitan que sus empleados y dependientes mantengan su cobertura de salud grupal durante un tiempo después de abandonar el plan de salud grupal).
- Si tiene reclamos por un accidente de auto.
- Si está embarazada
- Si ha sido internado en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención de un Proveedor (como un hospital) o Sala de emergencias fuera de la red.
- Si su tutor u otro responsable (como un cuidador) cambia, o si establece un Poder legal de representación. Un "Poder legal de representación" permite designar a una persona que usted elige para que tome decisiones de atención médica por usted.

Informe estos cambios al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth:

- Si está embarazada. (Es posible que califique para más beneficios debido a su embarazo).
- Si desea cambiar de plan de salud durante un Período de selección de plan.
- Si desea cambiar de plan de salud durante un Período de inscripción fijo por cualquiera de los motivos enumerados en "Período de inscripción fijo" en el Capítulo 12. Esto incluye cuando desea cambiar de PCP a un PCP que no es parte de su Plan ACO.

- Cambios en su ingreso u otro apoyo financiero.
- Si se muda fuera de Massachusetts (Nota: Si se muda fuera de Massachusetts, ya no podrá tener cobertura de MassHealth).

Para comunicarse con el Centro de servicio al cliente de MassHealth: llame sin costo al 800-841-2900 o 800-497-4648 (TDD/TTY), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

¿Mantenemos su Información médica protegida (PHI) privada?

Las leyes federales y estatales nos exigen que mantengamos su Información médica protegida (Protected Health Information, PHI) privada. Protegemos su información médica según lo exigen esas leyes. (Consulte el Capítulo 13).

Sección 1.9 Comité asesor para Miembros

Deseamos saber de usted. Su opinión es importante para nosotros. Durante el año, tenemos reuniones locales o regionales del Comité asesor para Miembros. Estas reuniones nos permiten escuchar a nuestros Miembros. Si le interesa participar, háganoslo saber. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Sección 2.1 Información de contacto del Departamento de Servicios al Miembro

Estamos aquí para ayudarlo. Puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro para obtener ayuda con:

- Preguntas acerca de su cobertura
- Traducciones sus materiales para el Miembro
- Encontrar un Proveedor de la red
- Presentar una Queja o Apelación
- Solicitar una Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO
- Reembolso de Servicios cubiertos
- Cualquier otra pregunta

Método	Nuestro Departamento de Servicios al Miembro - Información de contacto
Por teléfono	888-566-0010 (inglés y otros idiomas) 888-566-0012 (español) Horario: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Departamento de Servicios al Miembro ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	Para personas con dificultades auditivas: 711 (TTY/TDD) (operador de retransmisión) Este número requiere equipo telefónico especial. Solo es para personas con problemas de la audición o del habla. Las llamadas son gratuitas.
Fax	617-897-0884
Por escrito	WellSense Health Plan Attn: Member Service Department 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129 MemberQuestions@wellsense.org
Sitio web	wellsense.org

Sección 2.2 Información de contacto para otros servicios

Tipo de pregunta	A quién llamar	Información de contacto
Salud conductual	Departamento de Servicios al Miembro de WellSense	<p>Teléfono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 888-217-3501 <p>TTY/TDD: 866-727-9441</p> <p>Horario: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.</p> <p>Línea de ayuda de Salud conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 833-773-2445
Servicios médicos	Departamento de Servicios al Miembro	<p>Teléfono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 888-566-0010 (inglés y otros idiomas) • 888-566-0012 (español) <p>Para usuarios con deficiencias auditivas: 711</p> <p>Horario: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.</p> <p>Línea de Asesoría de Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • 800-973-6273
Farmacia (preguntas generales)	Express Scripts	<p>Teléfono:</p> <p>Para preguntas generales de farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame a Express Scripts: 888-566-0010 <p>Para usuarios con deficiencias auditivas: 711</p> <p>Horario: Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
Farmacia (preguntas sobre el pedido por correo)	Cornerstone Health Solutions	<p>Para solicitar una nueva receta de pedidos por correo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame a Cornerstone Health Solution (Cornerstone) al 844-319-7588, 711 (TTY/TDD), disponible de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del este.

Tipo de pregunta	A quién llamar	Información de contacto
		<ul style="list-style-type: none"> También puede completar el formulario de inscripción de farmacia de pedidos por correo y envíenoslo con sus recetas. También puede pedirle a su médico que nos envíe su receta por vía electrónica o por fax. <p>Para solicitar una reposición de su receta de pedidos por correo</p> <ul style="list-style-type: none"> Llame a la farmacia de pedidos por correo de Cornerstone Health Solutions al 781-805-8220, 711 (TTY/TDD), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del Este, para solicitar su reposición. Inicie una solicitud de reposición en línea desde la página web de Cornerstone Health Solutions. Inicie una reposición móvil usando la aplicación móvil de Cornerstone Health Solutions. <p>Farmacia de pedidos por correo Cornerstone Health Solutions: cornerstonehealthsolutions.org</p>
Manejo de Cuidado (CM) y Coordinación de la atención	Departamento de CM	<p>Teléfono:</p> <ul style="list-style-type: none"> 866-853-5241 617-478-3762 <p>Horario: de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.</p>
Quejas (reclamaciones) y Apelaciones	Departamento de Servicios al Miembro o	<p>Teléfono:</p> <ul style="list-style-type: none"> 888-566-0010 (inglés y otros idiomas) 888-566-0012 (español)

Tipo de pregunta	A quién llamar	Información de contacto
	Departamento de Apelaciones	Para usuarios con deficiencias auditivas: 711 Horario: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. También puede llamar al Departamento de Apelaciones: <ul style="list-style-type: none"> • 617-748-6338
Quejas (Reclamaciones) y Apelaciones de Salud Conductual	WellSense	Teléfono: <ul style="list-style-type: none"> • 888-217-3501 TDD/TTY: 866-727-9441 Horario: de lunes a jueves, de 8:30 a. m. a 6 p. m., viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Información de atención médica de un enfermero	Línea de consejos de enfermería	Teléfono: <ul style="list-style-type: none"> • 800-973-6273 Para personas con dificultades auditivas: 711 (TTY/TDD) (operador de retransmisión) Horario: Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Servicios dentales* <i>*MassHealth cubre directamente este beneficio</i>	Servicio al Cliente de DentaQuest	Teléfono: <ul style="list-style-type: none"> • 866-616-2699 Para personas con dificultades auditivas: <ul style="list-style-type: none"> • 711 Sitio web: Masshealth-dental.org Horario: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
Denunciar presunto fraude	Línea directa de Cumplimiento de WellSense	Teléfono: <ul style="list-style-type: none"> • 888-411-4959 Horario: las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Tipo de pregunta	A quién llamar	Información de contacto
<p>Preguntas sobre MassHealth:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inscripción o elegibilidad para los Beneficios de la cobertura Ayuda con transporte* Beneficio de la vista para anteojos* <p>*MassHealth cubre directamente este beneficio</p>	<p>Centro de Servicio al Cliente de MassHealth</p>	<p>Fax: (866) 750-0947</p> <p>Correo electrónico: FraudandAbuse@wellsense.org</p> <hr/> <p>Teléfono:</p> <ul style="list-style-type: none"> 800-841-2900 <p>Para personas con deficiencias auditivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 800-497-4648 <p>Horario: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.</p>
<p>Ombudsman</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtenga ayuda de un miembro del equipo de My Ombudsman Coordine servicios de intérprete en el idioma de su preferencia y para personas sordas y con dificultades auditivas para 	<p>Personal del ombudsman</p>	<p>Teléfono:</p> <ul style="list-style-type: none"> 855-781-9898 (línea gratuita) <p>*Para usuarios de TTY, use el servicio MassRelay al 711 para llamar al número que aparece arriba.</p> <p>Correo electrónico: info@myombudsman.org</p> <p>Sitio web: myombudsman.org</p> <p>Oficina: 25 Kingston Street 4th Floor</p>

Tipo de pregunta	A quién llamar	Información de contacto
<p>recibir servicios del defensor de pacientes (ombudsman)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicite materiales informativos adicionales de My Ombudsman en letra grande, braille, formato electrónico (documento PDF o Word) o en otros idiomas. 		<p>Boston, MA 02111</p> <p>*La oficina cuenta con acceso para silla de ruedas.</p> <p>Horario de atención sin cita previa: martes y jueves, de 10 a. m. a 3 p. m. También con cita previa.</p>

Capítulo 3: Cómo recibir atención de los Proveedores

Sección 3.1 ¿Qué es la red de proveedores del Plan ACO?

Su Red de proveedores del Plan ACO tiene muchos tipos distintos de Proveedores que tienen contrato con nosotros. Los Proveedores de la red se enumeran en su Lista de proveedores del Plan ACO. Debe recibir toda su atención de Proveedores de la red excepto en algunas circunstancias que se indican en la Sección 3.9.

Sección 3.2 Información en su Lista de proveedores del Plan ACO

Su Lista de proveedores de la red del Plan ACO tiene una lista de Proveedores de la red en su Plan ACO. La lista incluye:

- Proveedores de atención primaria (PCP) y centros de atención primaria
- Especialistas
- Hospitales y otras instalaciones
- Proveedores de salud conductual
- Proveedores de Community Behavioral Health Center
- Proveedores como fisioterapeutas, Proveedores de servicios de laboratorio y centros de radiología
- Sala de emergencias en hospital y servicios de Atención de urgencia
- Proveedores de Equipo médico duradero

En su Lista de proveedores del Plan ACO puede encontrar información sobre Proveedores, como:

- Dirección
- Número de teléfono
- Especialidad (como medicina interna o pediatría)
- Idiomas hablados
- Acceso para discapacitados
- Horarios de atención
- Estado de certificación de la junta
- Afiliaciones a hospitales (si corresponde)

Puede obtener más información sobre médicos, como información sobre mala praxis, escuela de medicina o formación. Comuníquese con la Junta de Registro de Medicina de

Massachusetts. El número es 800-377-0550. O visite mass.gov y haga clic en “Ver el perfil de un médico” (“Check a Physician Profile”).

Cómo encontrar la Lista de proveedores de su Plan ACO

La Lista de proveedores de su Plan ACO se encuentra en nuestro sitio web: wellsense.org. Solo debe hacer clic en la pestaña “Buscar un Proveedor” (“Find a Provider”) en la parte superior de la página de inicio. Luego, busque el cuadro que tenga el mismo nombre que la Red de su Plan ACO. El nombre de la Red de su Plan ACO se encuentra en el frente de su Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO.

La Lista de Proveedores en línea siempre es la versión más actualizada. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red en su área. También puede pedirnos que le enviemos por correo una Lista de Proveedores de la red en su área impresa sin costo.

¿Por qué debe saber qué Proveedores forman parte de la Red de proveedores del Plan ACO?

Como miembro, debe usar la Red de proveedores del Plan ACO para recibir todos sus Servicios cubiertos. Existen algunas excepciones. Consulte la Sección 3.9.

Sección 3.3 Cómo elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención

Todos los miembros deben tener un Proveedor de atención primaria (PCP) que pertenezca a la Red del Plan ACO. Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades médicas. Comuníquese primero con su PCP con relación a las preguntas o problemas relacionados con la salud, excepto en un caso de Emergencia. Su PCP puede decirle qué hacer.

Hay diferentes tipos de Proveedores que pueden actuar como PCP:

- Los médicos de familia tratan a adultos y niños. También pueden prestar servicios de salud femenina para embarazadas.
- Los médicos de medicina interna (internistas) tratan a adultos de más de 17 años de edad. Los pediatras tratan a niños y adultos jóvenes de hasta 21 años.
- Los enfermeros profesionales son enfermeros registrados. Tienen formación adicional que les permite ofrecer atención primaria a niños y adultos.
- Los asistentes médicos trabajan en equipos de atención médica con médicos y otros Proveedores para tratar a niños y adultos.
- Los obstetras/ginecólogos (OB/GIN) son médicos que tratan a embarazadas y otras necesidades de salud de la mujer. Solo algunos OB/GIN son PCP. Deben

aparecer en su Lista de Proveedores como PCP. Consulte su Lista de Proveedores en wellsense.org para saber si un OB/GIN trabaja como PCP.

Cada miembro de una familia inscrito en nuestro plan debe tener un PCP. Puede elegir un médico de medicina familiar para que sea el PCP de todos los Miembros de la familia si lo desea.

¿Qué hace un PCP por usted?

Su PCP hará muchas cosas por usted, como:

- Proporcionar y coordinar su atención.
- proporcionarle tratamiento para sus necesidades y problemas básicos de salud;
- Derivarlo a Especialistas y otros Proveedores dentro de la Red de proveedores del Plan ACO.
- Responder sus llamadas telefónicas acerca de sus necesidades médicas, incluso después del horario de trabajo.
- extender recetas médicas;
- Pedir Autorizaciones previas (consulte la Sección 3.6) cuando lo necesite

Llame a su PCP para programar una cita inicial

Después de que se inscribe en su Plan ACO, es posible que se le asigne un PCP. De ser así, debe llamar a su PCP para programar un chequeo o examen físico. Diga en el consultorio que se trata de su primera visita con el PCP usando su cobertura del Plan ACO. Si tiene algún problema para programar una cita, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Durante su primera visita con su PCP, es probable que le hagan un examen físico. Su PCP le hará preguntas sobre su salud. Mientras más sepa su PCP sobre sus antecedentes de salud y los de su familia, mejor podrá administrar su atención médica. Los adultos deben visitar a su PCP por lo menos una vez al año para que les realice un chequeo. Los bebés, niños y embarazadas deben ver a su PCP más frecuentemente. Consulte el Capítulo 5 para saber con qué frecuencia debe ver a su PCP.

Llame a su PCP primero cuando se sienta enfermo, a menos que crea que es una emergencia

Su PCP puede brindarle y coordinar toda su atención, excepto en una Emergencia. Debe llamar al consultorio de su PCP si se siente enfermo. Su PCP, o el Proveedor que cubre a su PCP, está de guardia para ayudarlo 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Si cree que tiene una Emergencia, llame al 911 o acuda a la Sala de Emergencias del hospital más cercano. En una Emergencia de Salud conductual, llame al 911 o vaya a la sala de Emergencias del hospital más cercano, o al Centro de Salud Conductual Comunitario

(Community Behavioral Health Center, CBHC) en su área o a la sala de Emergencias del hospital más cercano. Una lista de CBHC en todo el estado está disponible en nuestra Lista de proveedores, que puede consultar en línea en wellsense.org. Esta lista también está en la sección "Centros de Salud Conductual Comunitarios en todo el estado" en su Lista de proveedores impresa. Si desea una copia impresa, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro.

¿Necesita ayuda para llegar a una cita?

Conozca más sobre el transporte gratuito a citas de atención médica programadas. Consulte la Sección 5.2. Nuestro Departamento de Servicios al Miembro puede responder sus preguntas. Ellos pueden ayudarlo a asegurarse de que se ocupen de sus necesidades.

Qué hacer si tiene preguntas médicas o de salud conductual después del horario de atención

Primero debe llamar al consultorio de su PCP o de su proveedor de salud conductual y seguir sus instrucciones. El consultorio de su proveedor tiene cobertura fuera del horario de atención que está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede llamar a nuestra Línea de consejos de enfermería o a la Línea de ayuda de Salud conductual para obtener respuestas a sus preguntas. Las dos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 800-973-6273 para comunicarse con nuestra Línea de consejos de enfermería o al 833-773-2445 para comunicarse con la Línea de ayuda de Salud conductual. Consulte la Sección 5.5.

Si no puede ver a su PCP, puede dirigirse a un Centro de atención de urgencias de la red. También se denominan proveedores de "atención sin turno" o "atención por guardia". Pueden atenderlo en caso de lesiones o enfermedades para las que se requiere la atención inmediata, pero que no son tan graves como para que se necesite acudir a la sala de emergencias. Si necesita ayuda de salud conductual de emergencia, puede ir al Centro de Salud Conductual Comunitario o a la sala de emergencias más cercanos.

Sección 3.4 ¿Cómo elegir a su PCP?

Usted deberá elegir un PCP en un plazo de 15 días calendario desde que se inscribe en su Plan ACO. En muchos casos, podrá mantener al PCP que tenía antes de unirse a nuestro Plan ACO. Si no elige un PCP en ese plazo, le asignaremos uno. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro si necesita ayuda para elegir un PCP. Tenemos una larga lista de PCP. Le ayudaremos a elegir uno para usted y para cada Miembro de su familia. Aunque puede elegir a cualquier PCP en la Red de su Plan ACO, debe elegir uno que le quede cerca. Asegúrese de anotar el número de teléfono de su PCP. Guárdelo donde pueda encontrarlo.

Sección 3.5 **Cómo cambiar de PCP**

Cambiar de PCP a otro PCP en su Plan ACO

Queremos que esté contento con su PCP. Es importante que tenga una relación constante con su PCP. Esto le permite a su PCP conocerlo y planificar cómo tratarlo para que esté sano. Pero, si desea cambiar de PCP, puede elegir uno nuevo en la Red de su Plan ACO en cualquier momento; solo llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro. Puede encontrar un nuevo PCP en nuestra Lista de Proveedores del Plan ACO en línea o pedirnos que le enviemos por correo una copia impresa de la Lista de Proveedores. Nuestro Departamento de Servicios al Miembro también puede ayudarlo a encontrar un nuevo PCP. Consulte las secciones 3.2 y 3.3.

Una vez que elija un nuevo PCP, debe informarnos el nombre de su PCP. Puede hacerlo de distintas formas: llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., complete un Formulario de selección de PCP en el consultorio de su nuevo PCP o regístrese con nosotros en wellsense.org y cambie su PCP en línea.

Cambiar de PCP a otro PCP que no está en su Plan ACO

Debe llamar al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth para cambiar de PCP a otro que no esté en su Plan ACO. El número gratuito es 800-841-2900 o 800-497-4648 (TDD/TTY). Llame de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. En la mayoría de los casos, puede cambiar a un PCP fuera de su Plan ACO solo durante ciertos momentos del año:

Durante su Período de selección de plan: todos los años tendrá un Período de selección de plan durante 90 días. Durante ese período, puede elegir un nuevo Plan ACO u otro plan de MassHealth. Si desea cambiarse a un PCP que no esté en su Plan ACO, puede hacerlo durante el Período de selección de plan. Pero esto tendrá como resultado un cambio en su plan de salud. Su nuevo plan de salud será uno de los siguientes planes de salud de MassHealth en el que participe su nuevo PCP:

- Un Plan ACO diferente. (Ya sea otra ACO ofrecida por WellSense o una organización diferente).
- Un plan de una organización de atención administrada (managed care organization, MCO). (Ya sea uno ofrecido por WellSense o una MCO diferente).
- El Plan de Médico clínico de atención primaria (Primary Care Clinician, PCC). (MassHealth ofrece directamente este beneficio).
- Durante el Período de inscripción fijo: El Período de inscripción fijo es el período de 9 meses durante el año cuando usted puede cambiar su Plan ACO solo por ciertos motivos. Durante este período, necesitará aprobación de MassHealth si desea

cambiarse a un PCP que no esté en su Plan ACO. Los motivos se explican en el Capítulo 12.

Miembros que pueden cambiar de Plan ACO en cualquier momento: si está en una de las siguientes categorías, puede cambiar de PCP a uno nuevo en cualquier plan de MassHealth en cualquier momento:

- Niños bajo cuidado o custodia del Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF)
- Jóvenes bajo cuidado o custodia del Departamento de Servicios para la Juventud (Department of Youth Services, DYS)
- Recién nacidos y niños menores de 1 año

Sección 3.6 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red del Plan ACO

Hay muchas ocasiones en las que necesitará ver a un Especialista. Un Especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchas clases de especialistas. Aquí hay unos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Si cree que necesita consultar a un Especialista u otro tipo de Proveedor, primero debe llamar a su PCP. Si su PCP está de acuerdo, lo dirigirá a uno que trabaje con su PCP dentro de la Red de proveedores del Plan ACO. Su PCP trabaja estrechamente con ciertos Proveedores de la red del Plan ACO, incluso Especialistas. Estas relaciones de trabajo estrechas implican que su PCP pueda coordinar mejor su atención de forma que sea la adecuada. Por ejemplo, su PCP puede comunicarse con frecuencia con estos Proveedores de la red a través de sistemas de expedientes médicos compartidos. Los expedientes compartidos pueden ayudarlo a evitar realizarse la misma prueba médica más de una vez o que se le receten medicamentos que no interactúan bien.

Su PCP también ayudará si necesita servicios hospitalarios o atención de seguimiento. Es por eso que es importante que hable con su PCP acerca de sus necesidades de atención especializada.

A veces, se requiere una Autorización previa de nuestra parte para visitas a Especialistas de la Red del Plan ACO.

La Autorización previa es nuestra aprobación con anticipación para que usted consulte a determinados Especialistas. Si lo aprobamos, cubriremos (pagaremos) la visita al Especialista. El cuadro de abajo le dice cuándo se requiere una Autorización previa y cuándo no.

Se requiere Autorización previa de nuestra parte en los siguientes casos:	La Autorización previa para ver a un Especialista nunca se requiere en los siguientes casos:
<p>Su PCP o Especialista deben obtener una Autorización previa de nuestra parte antes de que usted vea a un Especialista que sea un Proveedor fuera de la red. Consulte la Sección 3.9 para obtener más información.</p>	<ul style="list-style-type: none">• En una Emergencia• Atención de urgencia• Para ver a un proveedor de la red del Plan ACO: obstetra, ginecólogo, enfermera partera certificada o médico general para atención médica de rutina. Esto incluye: exámenes ginecológicos, pruebas de Papanicolaou, exámenes pélvicos, exámenes de mamas y mamografías de detección (radiografías de la mama).• Para obtener servicios de planificación familiar de cualquier Proveedor de planificación familiar de la Red de proveedores del Plan ACO o contratado por MassHealth.

Antes de visitar a su Especialista, siempre consulte a su PCP. Pregúntele a su Proveedor si ha obtenido la Autorización previa de nuestra parte, si se requiere. Puede encontrar con qué hospitales están vinculados su PCP y los Especialistas. Simplemente busque en la Lista de proveedores del Plan ACO. Está en nuestro sitio web. También puede llamar a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Sección 3.7 Cómo obtener una Segunda opinión

Los Miembros pueden obtener una Segunda opinión de un Proveedor de la red calificado. También puede ver a un Proveedor fuera de la red si recibe una Autorización previa de nuestra parte. Puede pedir una Segunda opinión sobre cualquier servicio o tratamiento de atención médica que su Proveedor considere que debería recibir. De cualquier forma, pagaremos su visita de Segunda opinión. No tiene costo.

Sección 3.8 Cómo obtener atención para sus necesidades de Salud conductual

Puede encontrar una lista de Proveedores de la red de Salud conductual en nuestra Lista de Proveedores en wellsense.org o llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-217-3501, TTY/TDD 866-727-9441, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Ellos pueden enviarle por correo una Lista de Proveedores de la red de Salud conductual en su área impresa sin costo. También puede pedirles a familiares, tutores, una agencia de la comunidad, su PCP u otro Proveedor que le recomienden un Proveedor de la red de Salud conductual.

Los servicios de salud conductual están disponibles por “autoderivación”. Eso significa que puede ir a un Proveedor de la red de Salud conductual cuando crea que necesita uno. No es necesario que hable primero con su PCP u otro Proveedor. No necesita Autorización previa para un Proveedor de la red de Salud conductual. Algunos servicios de Salud conductual deben autorizarse por anticipado.

La Lista de Servicios cubiertos en este Manual del miembro muestra los servicios de Salud conductual que requieren Autorización previa.

Puede encontrar esta lista al final de este Manual. Su Proveedor puede conseguir la Autorización previa. Puede llamar a WellSense al 888-217-3501, TTY/TDD 866-727-9441, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. si tiene preguntas sobre Autorización previa para Servicios cubiertos de Salud conductual. En una Emergencia de Salud conductual, llame al 911 o vaya a la sala de Emergencias del hospital más cercano, o al Centro de Salud Conductual Comunitario (Community Behavioral Health Center, CBHC) en su área. Puede encontrar una lista completa de los CBHC en nuestra Lista de Proveedores en wellsense.org. Consulte la Sección 3.12. Si tiene preguntas para su proveedor de Salud conductual después del horario de atención, puede llamar a la Línea de ayuda de Salud conductual al 833-773-2445.

Sección 3.9 Cómo obtener atención de Proveedores que no pertenecen a la red

Los Proveedores que no tienen contratos con nosotros se denominan “Proveedores fuera de la red”. Usted no está cubierto por los servicios brindados por un Proveedor fuera de la red, excepto en cualquiera de los siguientes casos:

- Emergencia.
- Servicios de posestabilización. (Se trata de servicios que siguen su visita a la sala de emergencias). Vea la Sección 3.12.
- Atención de urgencia.

- Segundas opiniones: si proporcionamos Autorización previa.
- Su PCP u otro Proveedor han recibido una Autorización previa de nosotros. Para recibir servicios de Planificación familiar puede elegir a cualquier médico, clínica, centro de salud comunitaria, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar que tenga contrato con MassHealth. Consulte la Sección 4.1.
- Si necesita atención que está cubierta y es Médicamente necesaria, y nuestra Red de proveedores no puede prestar esta atención o no puede hacerlo dentro de los plazos indicados en la Sección 3.11. En estos casos, es posible que pueda recibir esta atención de un Proveedor fuera de la red. Debemos aprobar esto con anticipación a través de nuestro proceso de Autorización previa.
- Usted ha sido autorizado a ver un Proveedor fuera de la red bajo la política de Continuidad de la atención que se describe en la Sección 3.10.

Usted no tiene cobertura para recibir atención médica, incluso Atención de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos o sus territorios. Debe buscar Atención de urgencia o emergencia de todas formas cuando se encuentra fuera del país. Pero MassHealth no la cubrirá.

Sección 3.10 Continuidad de la atención

Este es el proceso que se utiliza para reducir perturbaciones en la atención médica cuando un Miembro cambia de plan; o cuando un Proveedor de la red abandona la Red. Hay casos como los que se describen a continuación en los que podemos cubrir, por un período breve, servicios de salud de un Proveedor con quien usted tenga una relación existente. Esto es cierto incluso si ese Proveedor no está en la Red de proveedores del Plan ACO (es un Proveedor fuera de la red).

Miembros nuevos

Si es un nuevo Miembro, aquí presentamos algunos casos en los que es posible que paguemos su atención con un Proveedor que veía antes de convertirse en Miembro a nuestro plan:

- Embarazo: es posible que pueda seguir viendo a su OB/GIN actual hasta:
 - El nacimiento de su hijo, y
 - Atención de seguimiento las primeras semanas después del nacimiento.
- Servicios para pacientes ambulatorios por hasta 30 días calendario después de la Fecha de entrada en vigencia de la inscripción para:
 - Servicios de salud médica o conductual para pacientes ambulatorios (incluyendo atención para un trastorno por consumo de sustancias) de un Proveedor a quien está viendo. Esto incluye un PCP.

- Equipo médico duradero e insumos (incluyendo dispositivos protésicos y ortopédicos) o terapias ambulatorias si otro plan de salud de MassHealth ya lo ha autorizado para usted anteriormente.
- Servicios para pacientes hospitalizados: si está hospitalizado la fecha de entrada en vigencia de su Plan ACO, por hasta 30 días calendario después de la Fecha de entrada en vigencia de su inscripción o mientras sea Médicamente necesario.
- Recetas: si tiene una receta existente al día de su Fecha de entrada en vigencia de la inscripción, es posible que pueda recibir cobertura para resurtidos de algunos medicamentos con receta.
- Servicios de análisis conductual aplicado (ABA): es posible que tenga cobertura para más visitas a servicios de un Proveedor de ABA. Esto podría ser hasta por 90 días calendario después de la Fecha de entrada en vigencia.
- Programas de Socios de la comunidad (Community Partner): Puede tener cobertura por hasta 30 días después de su Fecha de entrada en vigor de la inscripción.

Miembros existentes: si su Proveedor de la red abandona su Plan ACO

A veces, los Proveedores de la red pueden abandonar la Red de Proveedores. Esto puede suceder por muchos motivos. Por ejemplo, se mudan o se jubilan. Si su Proveedor de la red abandona la Red por motivos no relacionados con la calidad o Fraude, intentaremos avisarle con anticipación. De esa forma, usted tendrá tiempo para elegir uno nuevo. También lo asesoraremos para transferir sus servicios a un Proveedor de la red. Ese nuevo Proveedor puede darle la atención Médicamente necesaria que necesite.

Si su Proveedor de la red abandona la red, es posible que podamos cubrir parte de su atención médica de este Proveedor de la red. Esto se podría hacer bajo nuestra política de Continuidad de la atención. Pero solo si alguno de los siguientes casos le aplica:

- Si el Proveedor le proporciona atención durante su embarazo y usted está en su segundo o tercer trimestre de embarazo, es posible que pueda seguir viendo a ese Proveedor hasta el nacimiento y las primeras seis semanas después de dar a luz.
- Si su Proveedor, incluso su PCP, trata activamente una afección médica crónica o aguda, es posible que pueda seguir viendo a su Proveedor durante el período en curso de tratamiento activo o por hasta 90 días calendario (el que sea menor) después de que le digamos que el Proveedor ya no forma parte de la Red de proveedores de su Plan ACO.

Si está recibiendo servicios de salud conductual, y su proveedor deja la red ACO, lo trasladaremos a otro proveedor, minimizando cualquier interrupción en el tratamiento. Mientras se produce esa transición, puede seguir viendo a su proveedor actual para servicios cubiertos Médicamente necesarios.

Cómo solicitarnos Continuidad de la atención

Si es nuevo en el Plan ACO o es un Miembro existente, debe llamar a nuestro Departamento de Servicios al Miembro y decir que desea obtener Continuidad de la atención. Revisaremos su caso. Podemos autorizar la continuación de la cobertura con su Proveedor. Permitiremos que reciba tratamiento continuo de un Proveedor fuera de la red solo si el Proveedor acepta nuestros términos relacionados con el pago, la calidad y otras políticas. Debe asegurarse de que el Proveedor obtenga una Autorización previa antes de verlo. Puede pedirle al PCP que lo coordine. O llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro. También puede llamarnos si necesita ayuda para encontrar un nuevo Proveedor de la red.

Sección 3.11 Cuánto debe tardar recibir atención de Proveedores en la Red de proveedores del Plan ACO

Usted no quiere tener que esperar demasiado por una cita cuando no se siente bien o piensa que necesita ver a un Proveedor. Es por eso que exigimos que todos nuestros Proveedores de la red respeten los tiempos de citas de abajo. No debería tener que esperar más de lo que se menciona. Si cree que alguno de estos plazos no se cumplió, tiene derecho a presentar una Apelación interna. (Consulte el Capítulo 11, Apelaciones internas).

Obtener atención médica

Tipo de atención	Descripción
Atención de emergencia	Una Sala de emergencias u otro Proveedor de atención médica de servicios de emergencia deben brindarle atención médica de inmediato, las 24 horas al día, los siete días de la semana. No hay límite para recibir atención médica de Emergencia calificada. Este es el caso ya sea que el Proveedor esté o no en la Red de su Plan ACO.
Atención de urgencia	Un Proveedor de la red debe darle Atención de urgencia dentro de las 48 horas de su solicitud para una cita.
Atención primaria	Atención sintomática que no es de urgencia. (Esto significa que usted está enfermo o tiene otros síntomas que no sean de urgencia): usted debe recibir atención de un Proveedor de la red dentro de los siguientes 10 días calendario de haber solicitado una cita.
	Atención de rutina, no sintomática: (Esto significa que no está enfermo y no tiene síntomas.): Un Proveedor de la red debe darle atención en un plazo de 45 días calendario a partir de su solicitud de cita.

Tipo de atención	Descripción
	Se aplican diferentes tiempos cuando las citas de un niño son parte del programa de EPSDT. (EPSDT se refiere a los Servicios de Evaluación Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento). El Proveedor de atención médica de su hijo puede darle más información acerca de los calendarios EPSDT. (Consulte la Sección 4.2 para ver más detalles sobre EPSDT).
	Primera visita de rutina, primera visita prenatal y de planificación familiar: dentro de 10 días hábiles desde la petición de una cita.
Atención de especialidad	Atención sintomática que no es de urgencia. (Esto significa que usted está enfermo o tiene otros síntomas que no sean de urgencia): usted debe recibir atención de un Proveedor de la red dentro de los siguientes 30 días calendario de haber solicitado una cita.
	Atención de rutina, no sintomática: (Esto significa que no está enfermo y no tiene síntomas.) Un Proveedor de la red debe darle atención en un plazo de 60 días calendario a partir de su solicitud de cita.

Obtener atención de salud conductual

Tipo de atención	Descripción
Servicios de Salud conductual de emergencia	Una sala de Emergencias de un hospital, un proveedor de un Centro de Salud Conductual de la Comunidad (CBHC) u otro proveedor de servicios de Emergencia deben brindarle atención inmediatamente, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Servicios de Salud conductual de urgencia	Un Proveedor de la red debe darle Atención de urgencia dentro de las 48 horas de su solicitud para una cita.
Otros servicios de salud conductual	Un Proveedor de la red debe darle atención en un plazo de 14 días calendario a partir de su solicitud de cita.

Tipo de atención	Descripción
	<p>Para los servicios descritos en un plan de alta de paciente hospitalizado o de aislamiento las 24 horas, debe recibir atención dentro de estos plazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los servicios recreativos que no sean las 24 horas: en un plazo de dos días calendario del alta • Para la administración de medicamentos: en un plazo de 14 días calendarios luego del alta • Para otros servicios como paciente ambulatorio: en un plazo de 7 días calendario luego del alta • Para los servicios de Coordinación de atención intensiva: en un plazo de 24 horas luego de la derivación, incluida una autoderivación, ofreciendo una entrevista personal con la familia.

Sección 3.12 Servicios de Emergencia, Atención de urgencia y fuera del horario de atención

¿Qué es una “Emergencia” y qué debe hacer si tiene una?

Una Emergencia es cuando usted o cualquier otra persona razonable con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas que requieren atención médica inmediata. Los síntomas médicos o de salud conductual pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica o de salud conductual que empeora rápidamente. A continuación hay algunos ejemplos de Emergencias médicas y de Salud conductual. Estas son solo las Emergencias más comunes. Esta lista no incluye todas las Emergencias de salud que usted puede tener.

Ejemplos de emergencias médicas

- Convulsiones
- Dolor de pecho
- Pérdida de conciencia
- Sangrado abundante
- Quemaduras graves
- Accidentes graves
- Envenenamiento
- Vómito constante
- Ataque al corazón
- Accidente cerebrovascular
- Sangrado abundante

Ejemplos de emergencias de salud conductual

- Alucinaciones
- Querer hacerse daño
- Querer hacer daño a otros

Si tiene una emergencia médica o de salud conductual:

Obtenga ayuda tan pronto como sea posible. Llame al 911 para obtener ayuda. O vaya a la Sala de emergencias o al hospital más cercanos. Tiene derecho a ir a cualquier hospital u otro ámbito para recibir Servicios de emergencia. Puede encontrar una lista completa de Salas de emergencias en nuestra Lista de Proveedores en [wellsense.org](https://www.wellsense.org). También se encuentra en la sección "Atención de emergencia hospitalaria en todo el estado" de su Lista de Proveedores impresa. Debe buscar ayuda inmediata cuando no hay tiempo para llamar a su Proveedor. Llame una ambulancia si es necesario. No necesita conseguir una Autorización previa o que un Proveedor lo derive para buscar Atención de emergencia.

Cobertura. Usted cuenta con cobertura para atención médica de Emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este es el caso incluso si viaja fuera de su hogar y necesita ver a un Proveedor fuera de la red. (Nota: No hay cobertura fuera de los Estados Unidos o sus territorios.) No se le puede denegar atención de emergencia basado en su diagnóstico (su enfermedad o condición).

En una Emergencia de Salud conductual. Llame al 911 o vaya al Centro de Salud Conductual (CBHC) en su área o a la sala de Emergencias del hospital más cercano. Puede encontrar una lista completa de los CBHC en nuestra Lista de Proveedores en [wellsense.org](https://www.wellsense.org). Esta lista también está en la sección "Centros de Salud Conductual Comunitarios en todo el estado" en su Lista de proveedores impresa.

Llame a su PCP. Lo antes posible, pero en un plazo de 48 horas, usted u otra persona deben llamar a su PCP para informarle sobre su Emergencia. Esto ayudar garantizar que reciba la atención de seguimiento adecuada.

Lo que está cubierto si tiene una Emergencia médica o de Salud conductual

Cubriremos Servicios de emergencia y servicios de Atención posestabilización de cualquier Proveedor dentro de los Estados Unidos o sus territorios. También cubrimos servicios de ambulancia relacionados con una Emergencia.

Nota: No cubrimos atención de emergencia (ni servicios de ambulancia de Emergencia) fuera de Estados Unidos o sus territorios. Usted debe buscar atención de emergencia cuando esté fuera del país, pero sepa que ni MassHealth ni nosotros cubriremos los servicios que reciba.

Atención después de que se trata la Emergencia

Los Proveedores que tratan su Emergencia decidirán cuándo su afección esté estable. Eso significa que la Emergencia ha terminado y usted mejoró lo suficiente como para ser

trasladado o dado de alta del hospital. Esto se llama Atención posestabilización. La decisión del Proveedor tratante es vinculante. Eso significa que nosotros y cualquier persona que le proporcione atención debe seguir las instrucciones del Proveedor tratante.

Los servicios de Atención posestabilización relacionados con una Emergencia están cubiertos para que su afección permanezca estable. Por ejemplo, si es tratado por una Emergencia de Salud conductual en un Centro de Salud Conductual Comunitario, también está cubierto por los servicios de seguimiento que necesitará una vez que se haya tratado su Emergencia. Esta atención médica de seguimiento puede incluir visitas o tratamiento como paciente ambulatorio en otro centro.

Podemos trabajar con sus médicos para coordinar su Atención posestabilización. Si un Proveedor fuera de la red le proporciona Atención de emergencia o Atención posestabilización, coordinaremos que Proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y la situación lo permitan.

¿Qué sucede si no era una Emergencia médica o de Salud conductual?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una Emergencia. Por ejemplo, usted podría acudir para recibir Atención médica de emergencia pensando que su salud corre grave peligro. Pero el médico podría decir que no se trataba de una Emergencia. Si resulta que no era una Emergencia, siempre que sea razonable que usted haya considerado que su salud se encontraba en serio peligro, nosotros cubriremos su atención. Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una Emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Usted acude a un Proveedor de la red del Plan ACO para obtener la atención adicional;
- La atención adicional que reciba se considera "Atención de urgencia". Luego, sigue estas reglas para recibir Atención de urgencia (vea abajo).

¿Qué sucede si necesita Atención de urgencia durante o fuera del horario de atención regular?

La Atención de urgencia es la atención de una enfermedad, lesión o afección que es lo suficientemente grave como para buscar atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

- Usted siempre debe intentar llamar a su PCP (o Proveedor de Salud conductual) cuando crea que necesita Atención de urgencia. Este es el caso incluso después del horario de atención regular. Puede llamar a su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si su PCP no está disponible, un médico reemplazante u otro Proveedor de salud le devolverá la llamada. Su PCP o Proveedor de Salud conductual puede atender sus necesidades de Atención de urgencia. Su PCP y su Proveedor de Salud

conductual deben verlo en un plazo de 48 horas después de que usted solicita una cita para Atención de urgencia.

- Si cree que no puede esperar a hablar con su PCP, Proveedor de reemplazo o Proveedor de salud conductual, o si su afección empeora después de ver a uno de estos Proveedores, acuda a un Centro de atención de urgencia de la red. O, acuda a la Sala de emergencias del hospital más cercano.
- También puede llamar a nuestra Línea de consejos de enfermería al 800-973-6273 en cualquier momento o a la Línea de ayuda de Salud conductual al 833-773-2445. Consulte la Sección 5.5.

¿Qué sucede si viaja lejos de su casa y necesita Atención de urgencia?

Si necesita Atención de urgencia mientras viaja lejos de casa por un período corto, intente llamar a su PCP y siga sus consejos. Si no puede esperar, vaya al centro de Atención de urgencia, Atención rápida o Sala de emergencias de un hospital más cercanos. Usted o un familiar deberán llamar a su PCP (o su Proveedor de salud conductual) dentro de 48 después de recibir Atención de urgencia. Su PCP querrá darle seguimiento en caso de que necesite atención adicional.

Cubriremos servicios de Atención de urgencia Médicamente necesaria que reciba cuando viaja lejos de casa, PERO *no* cubriremos:

- NINGÚN servicio de Atención de urgencia prestado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Debe buscar Atención de urgencia de todas formas cuando se encuentra fuera de los EE. UU., pero ni nosotros ni MassHealth cubriremos estos servicios.

- Exámenes o tratamiento que su Proveedor le haya pedido realizar antes de que usted saliera del área.
- Atención de rutina o de seguimiento que puede esperar hasta que llegue a casa. Algunos ejemplos son exámenes físicos, vacunas contra la gripe, retiro de puntos o consejería.
- Atención que usted sabía que necesitaría antes de salir del área, como una cirugía electiva. (Eso se refiere a una cirugía que usted elige recibir).

Para asegurarse de que tiene cobertura, ocúpese de sus necesidades de salud de Rutina antes de viajar.

Qué debe hacer si se le factura por Atención de emergencia o de urgencia

Un Proveedor fuera de la red puede pedirle que pague Atención de emergencia o de urgencia al momento de recibir el servicio. Si paga este tipo de servicio que recibió dentro de Estados Unidos o sus territorios, puede pedirnos un reembolso. Consulte el Capítulo 8 para saber cómo

pedirnos un reembolso. También puede llamar a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., para obtener ayuda con las facturas que puede recibir de un proveedor.

Capítulo 4: Cómo usar el Plan ACO para ayudarlo a manejar su salud

Este Capítulo le brinda información importante sobre el embarazo y los servicios de Planificación familiar. También incluye información sobre atención preventiva y otros servicios que le ayudan a manejar su atención y estar sano.

Sección 4.1 Embarazo y Planificación familiar

Atención médica durante el embarazo (prenatal)

La atención médica que usted recibe mientras está embarazada (antes del nacimiento de su bebé) se llama "atención prenatal". Este tipo de atención es muy importante. Su Proveedor la verá a menudo durante su embarazo. Su Proveedor quiere asegurarse de que su bebé se esté desarrollando de forma apropiada. Esto incluye asegurarse de que coma los alimentos adecuados y que no tenga problemas de salud. También incluye asegurarse de que no haya problemas con el crecimiento de su bebé. Incluso si ya tuvo otro bebé, es muy importante que reciba su atención prenatal para *cada* embarazo.

Haga una cita con su ginecólogo/obstetra (OB/GYN)

Visite a su obstetra (OB) tan pronto como sea posible después de quedar embarazada. Un obstetra (OB) es un médico que está capacitado para atender a personas embarazadas y atender partos. Este tipo de doctor también se denomina ginecólogo (GIN). Eso significa que está capacitado para saber sobre enfermedades del sistema reproductor femenino. Este es el sistema del cuerpo que le permite tener bebés. El nombre corto para esta especialidad combinada es OB/GIN. Si piensa que está embarazada, usted debe:

- Decirle a su PCP que está embarazada. Su PCP puede darle a su OB/GIN información de salud importante sobre usted. Esto ayuda a asegurar que usted y su bebé en desarrollo estén sanos.
- Pídale a su PCP que le dé el nombre de un médico OB/GIN. O llame a un médico OB/GIN que aparezca en su Lista de proveedores del Plan ACO. No necesita Autorización previa para estas visitas. Eso significa que no necesita aprobación antes de ver a un OB/GIN.
- Puede ver a su OB/GIN con la frecuencia que sea necesaria. Pagamos por todas estas visitas, incluyendo parto en un hospital o centro de partos independiente.

Servicios y suministros de Planificación familiar dentro y fuera de la red

Cubrimos servicios de Planificación familiar. Estos incluyen servicios médicos, consejería, orientación sobre control de la natalidad, pruebas de embarazo, servicios de esterilización y atención de seguimiento. (Los servicios de esterilización son procedimientos médicos

permanentes que evitan que quede embarazada en el futuro). Puede recibir servicios de planificación familiar de su PCP. También puede recibir estos servicios de cualquier Proveedor de la red del Plan ACO o de un Proveedor de servicios de planificación familiar que tenga contrato con MassHealth. No requiere autorización previa de nuestra parte. Pídale a su PCP que le dé nombres de Proveedores de servicios de Planificación familiar. También puede llamar directamente al Proveedor de servicios de Planificación familiar (autoderivación).

Sección 4.2 Atención preventiva: cómo mantenerse saludable

Mantenerse sano

La mejor atención médica ocurre antes de que usted se enferme. Se denomina atención preventiva. Cubrimos servicios preventivos con calificación A o B, según lo recomendado por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. Para niños, también cubrimos servicios preventivos recomendados por el programa Bright Futures de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP). Para ayudarla a mantenerse saludable, tenemos una Guía de bienestar. Esta guía le brinda una lista de pruebas y vacunas que usted y sus hijos deben recibir. Si desea una copia de la guía, visite el sitio web en wellsense.org. Luego puede seleccionar "Vida saludable" ("Living Healthy") y "Centro de bienestar" ("Wellness Center").

Atención médica preventiva para adultos

La atención preventiva de rutina es importante para mantenerse saludable. Queremos que todos los Miembros visiten a sus PCP para recibir atención preventiva. Algunos ejemplos de atención preventiva que cubrimos para nuestros miembros de 21 años y más incluyen:

- Exámenes físicos cada 1 a 3 años:
 - De 18 a 21 años: una vez al año
 - De 22 a 49 años: una vez cada 1 a 3 años
 - Más de 50 años: una vez al año
- Exámenes de colesterol a partir de los 18 años, o según lo recomiende su proveedor de atención médica.
- Exámenes de colesterol cada cinco años, comenzando a los 18 años, o según lo recomiende su Proveedor de atención médica.
- Exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou cada tres años a partir de los 21 años en personas que presentan un riesgo promedio.
- Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) cada dos años en mujeres de 40 a 74 años; se puede comenzar a evaluar antes o con mayor frecuencia en función de los factores de riesgo. Estos exámenes deben comenzar antes si un familiar inmediato tiene antecedentes de cáncer de mama.

- Exámenes de cáncer colorrectal cada 10 años, a partir de los 50 años. Estos exámenes deben comenzar antes si un familiar inmediato tiene antecedentes de cáncer colorrectal. En ese caso, los exámenes deben ser más a menudo.
- Vacuna para la gripe cada año.
- Exámenes de los ojos una vez cada 24 meses. Pueden hacerse más frecuentemente si existen ciertas afecciones médicas.

Atención médica preventiva y atención médica de niños sanos para todos los niños

Todos los niños menores de 21 años deben ir a su PCP para realizarse chequeos (incluso cuando están bien). En el chequeo, el PCP de su hijo verificará que no haya problemas de salud. Estos exámenes incluyen:

- Salud
- Vista
- Dental
- Audición
- Salud conductual: salud mental y trastorno por abuso de sustancias.
- Progreso del crecimiento
- Vacunas

En los chequeos, el PCP puede encontrar pequeños problemas y tratarlos antes de que empeoren.

Pagamos al PCP de su hijo por estos chequeos.

Los exámenes de Salud conductual (BH) pueden ayudarlos a usted y al médico o enfermera a ver si necesita ayuda con problemas emocionales o sociales a tiempo. MassHealth exige que el PCP y las enfermeras usen herramientas específicas para verificar la salud conductual de su hijo durante las visitas de niño sano. Estas herramientas son listas de verificación breves que el padre, la madre o el niño (si tiene edad suficiente) completan y sobre las que hablan con el médico o enfermera. La lista de verificación puede llamarse Lista de verificación de síntomas pediátricos o Evaluación de los padres del estado de desarrollo. O, puede tratarse de otra herramienta de evaluación que su PCP elija.

Su Proveedor hablará con usted sobre las listas de verificación. Estas listas los ayudarán a usted y a su Proveedor a saber si su hijo necesita ayuda con necesidades emocionales o sociales. Si ese es el caso, debe consultar a un Proveedor de Salud conductual. Para obtener más información sobre cómo recibir Servicios cubiertos de Salud conductual, o para encontrar un Proveedor de Salud conductual, hable con su PCP o llame a WellSense, al 888-217-3501,

TTY/TDD 866-727-9441, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

A continuación se incluye una lista de edades en las que su hijo necesita chequeos y exámenes de niño sano:

- Cuando tenga de 1 a 2 semanas
- Cuando tenga 4 meses
- Cuando tenga 12 meses
- Entre los 2 y 20 años, los niños deben consultar a su PCP en función del programa que aconseja la Academia Estadounidense de Pediatría en el marco de la iniciativa Bright Futures. El horario de atención médica preventiva se encuentra en https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf
- Cuando tenga 1 mes
- Cuando tenga 6 meses
- Cuando tenga 15 meses

- Cuando tenga 15 meses
- Cuando tenga 9 meses
- Cuando tenga 18 meses

Los niños también deben visitar a su PCP cada vez que exista preocupación acerca de sus necesidades médicas, emocionales o de salud conductual, incluso si no es momento de un chequeo regular.

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para niños inscritos en los servicios de MassHealth Standard o CommonHealth

Los servicios de EPSDT son servicios de atención preventiva o tratamiento que el PCP proporciona según un programa específico.

El programa se basa en la edad de su hijo. Los servicios incluyen una evaluación completa (examen), coordinación de sus servicios, ayuda en casos de crisis y servicios a domicilio.

Si usted o su hijo son menores de 21 años y están inscritos en MassHealth Standard o CommonHealth, pagaremos todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por la ley federal de Medicaid. Esto incluye servicios no mencionados específicamente en su Lista de servicios cubiertos. Cubrimos servicios que incluyen visitas al médico y servicios de diagnóstico. También cubrimos tratamiento para corregir o mejorar afecciones físicas o de la Salud conductual. Si el servicio no está en la Lista de servicios cubiertos, el Proveedor que prestará el servicio puede pedirnos una Autorización previa. Autorización previa es el término que usamos para decidir si un servicio es Médicamente necesario. El plan pagará por el servicio si se da la Autorización previa. Si la Autorización previa es rechazada, usted o su Representante autorizado tienen derecho de Apelar. (Consulte el Capítulo 11 para conocer el proceso de Apelaciones.) Hable con el PCP, Proveedor de Salud conductual u otro Especialista que atiende a su hijo para recibir ayuda para obtener servicios de EPSDT.

Pruebas de detección y servicios de diagnóstico preventivo pediátricos para el cuidado de la salud (Preventive Pediatric Healthcare Screening and Diagnosis, PPHSD) para niños inscritos en el plan Family Assistance de MassHealth.

Si usted o su hijo son menores de 21 años y están inscritos en el plan Family Assistance de MassHealth, pagaremos todos los servicios médicamente que su PCP proporcione con un chequeo de niño sano. El PCP verificará si hay problemas de salud. Los exámenes incluyen salud, vista, dental, audición y Salud conductual. También incluyen exámenes para ver si su hijo está creciendo como debería y si tiene todas las vacunas necesarias. En los chequeos de niño sano, los PCP pueden encontrar y tratar pequeños problemas antes de que se conviertan en grandes problemas. Los niños también deben visitar a su PCP en cualquier momento en que exista una inquietud acerca de sus necesidades de salud médica, emocional o conductual, aun si no es el momento de un examen médico de rutina. Los niños menores de 21 años también tienen cobertura para visitas regulares al dentista.

Iniciativa de Salud Conductual para Niños (Children's Behavioral Health Initiative, CBHI)

El CBHI es un programa de MassHealth. Familias y niños con necesidades importantes de Salud conductual reciben los servicios que necesitan. Estos servicios ayudan a garantizar que les vaya bien en casa, en la escuela y en la comunidad. Para decidir qué servicios su hijo necesita, el Proveedor de Salud conductual de su hijo utiliza una herramienta estándar para conocer las necesidades de su hijo. MassHealth exige esta herramienta. La herramienta se llama Necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS). Esta herramienta ayuda al Proveedor de Salud conductual a recabar información. Esta información lo ayuda a decidir qué tipo de necesidades de Salud conductual tiene su hijo. Su Proveedor de Salud conductual utiliza esta herramienta para comprobar si el tratamiento ayuda a su hijo. El Proveedor también usará esta herramienta para administrar la atención si su hijo está internado en un hospital psiquiátrico o en un ámbito de tratamiento agudo comunitario.

Ofrecemos servicios de Salud conductual adicionales para su hijo y para su familia debido al CBHI. Estos incluyen servicios como Servicios intensivos o en el hogar o en la comunidad para jóvenes. Consulte su Lista de proveedores de la red del Plan ACO para ver una lista de Proveedores de Salud conductual en su área. Para obtener más información, llame a WellSense al 888-217-3501, TTY/TDD 866-727-9441, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Atención dental para niños

MassHealth (no WellSense) paga servicios dentales preventivos y básicos. Estos servicios mantienen los dientes y la boca de su hijo sanos y previenen enfermedades. El PCP de su hijo revisará los dientes de su hijo en los chequeos de niño sano. Cuando su hijo tenga tres años, su PCP le dirá que lo lleve al dentista al menos dos veces por año. Es posible que le pidan que vaya antes si hay problemas. Cuando su hijo se realiza exámenes dentales de rutina, el dentista

hará un examen dental completo. El dentista también limpiará los dientes de su hijo y le aplicará un tratamiento con fluoruro. Es importante que su hijo reciba la siguiente atención dental:

- Un examen dental cada seis meses, comenzando a más tardar a los tres años de edad.
- Si el PCP o el dentista de su hijo encuentran problemas en los dientes, la salud bucal o las encías de su hijo, es posible que necesite otros tratamientos dentales antes de los tres años.

La salud dental de su hijo puede ser mejor cuando se le pone fluoruro en los dientes. Esto lo puede realizar un dentista u otro Proveedor de atención médica. Es mejor que el fluoruro se coloque cuando el niño es muy pequeño. Eso significa tan pronto como empiecen a salir los dientes de adelante. Eso ocurre generalmente a los seis meses de edad. El fluoruro está permitido para Miembros hasta los 21 años si no pueden ir al dentista y el servicio es Médicamente necesario.

Los niños menores de 21 años pueden recibir todos los servicios médicamente necesarios cubiertos bajo la ley de Medicaid. Esto incluye tratamientos dentales como:

- Servicios básicos y preventivos para prevenir y controlar enfermedades dentales. También incluye mantenimiento de dientes y encías. (MassHealth cubre estos servicios).
- Cirugía oral en un ámbito ambulatorio, como hospitales para pacientes ambulatorios o centros quirúrgicos con un solo día de hospitalización, y servicios dentales de emergencia. (Nosotros cubrimos estos servicios).

Hable con el PCP o el dentista de su hijo si necesita ayuda para recibir estos servicios. Tenga en cuenta que:

- Los niños no necesitan una Autorización previa para consultar a un dentista de MassHealth.
- Los niños pueden visitar a un dentista antes de los tres años de edad.

Servicios de Intervención Temprana (Early Intervention, EI) para niños con retrasos del crecimiento o el desarrollo

Algunos niños necesitan ayuda adicional para crecer y desarrollarse saludablemente. Los Proveedores de la red que son especialistas en EI pueden ayudarlos. El especialista en EI trabaja con niños menores de tres años y sus familias. Algunos son trabajadores sociales y enfermeras. Y algunos son fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y del habla.

Se aseguran de que su hijo reciba el apoyo adicional que necesita. Algunos servicios se realizan en su hogar. Algunos se realizan en centros de EI. Si le preocupa el crecimiento o el desarrollo

de su hijo, hable con el médico de atención primaria de su hijo de inmediato. También puede ponerse en contacto directamente con su División local de EI consultando el directorio en línea. Por favor, vaya a mass.gov para encontrar el contacto adecuado o, para obtener información general, envíe un correo electrónico a EI@mass.gov.

Los niños bajo el cuidado o custodia del Departamento de Servicios Sociales (DCF): si tiene hijos bajo el cuidado o custodia del DCF, un proveedor de atención médica debe:

- Realizarle a su hijo una prueba para el diagnóstico de la salud dentro de los siguientes 7 días calendario después de que usted o el trabajador del DCF la soliciten.
- Realizarle a su hijo un examen médico completo dentro de los 30 días calendario después de que usted o el trabajador del DCF lo soliciten. A veces, es antes si los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) lo requieren.

Capítulo 5: Servicios cubiertos (sus beneficios)

Sección 5.1 Entender sus servicios cubiertos (lo que está y no está cubierto)

En este capítulo encontrará lo que debe saber acerca de cómo usar el Plan ACO para recibir atención médica cubierta. Los servicios de atención médica y medicamentos cubiertos se llaman "Servicios cubiertos". Cubrimos y administramos la mayoría de los Servicios cubiertos. Sin embargo, MassHealth cubre y administra algunos servicios directamente (vea la Sección 5.2). En cualquier caso, coordinamos todos los servicios a partir de la fecha en que se convierte en miembro del Plan ACO. Esta fecha es su "Fecha de entrada en vigencia".

Lista de servicios cubiertos

Para obtener información sobre sus Servicios cubiertos, vea la Lista de servicios cubiertos al final de este Manual. Sus beneficios se muestran para su plan de beneficios del Plan ACO específico. Los tipos de planes de beneficios son:

- Standard
- CommonHealth
- Plan Family Assistance
- CarePlus
- La Lista de servicios cubiertos tiene:
 - La Lista de Servicios cubiertos.
 - Una explicación de si nosotros o MassHealth cubrimos los servicios.
 - Límites de beneficios.
 - Servicios que requieren Autorización previa de nosotros. Estos servicios están marcados con un "Sí" en la columna "Se requiere autorización previa" de la Lista de Servicios cubiertos.
 - Los servicios que MassHealth cubre directamente. La Lista de servicios cubiertos le dirá si su Proveedor deberá obtener una derivación directamente de MassHealth.
 - La Lista de servicios cubiertos contiene información general únicamente. No enumera todos los servicios que cuentan con cobertura. MassHealth decide cuáles son sus beneficios. Sus beneficios pueden cambiar con el tiempo. Consulte nuestro sitio web para obtener la información más reciente. Consulte siempre la Lista de servicios cubiertos para saber cuáles servicios están cubiertos y cuáles no.

Lista de servicios excluidos

La Lista de servicios excluidos y limitados también se encuentra al final de este Manual, luego de la Lista de servicios cubiertos. La Lista de servicios excluidos y limitados es una lista de servicios que, o bien tienen límites o no tienen cobertura de nosotros o de MassHealth. **Tenga en cuenta que ni nosotros ni MassHealth cubrimos servicios, incluso Atención de emergencia o urgencia, que reciba fuera de los Estados Unidos o sus territorios.**

Sección 5.2 Servicios cubiertos directamente por MassHealth

MassHealth cubre directamente algunos servicios, aunque podemos ayudar a coordinarlos. Para obtener más información sobre los servicios que cubren directamente, llame a:

- Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY/TDD 800-497-4648), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del Este.

Ayuda con el transporte

Algunos miembros al Plan ACO pueden calificar para Transporte que no sea de emergencia para ir a visitas para recibir Servicios cubiertos. MassHealth, no nosotros, cubre este beneficio. Sin embargo, podemos ayudarlo a programar este transporte. Debe comunicarse con nosotros bastante antes de su cita para que podamos manejar su solicitud. Para calificar para este beneficio, debe asegurarse de que:

- No tiene un miembro de la familia u otra persona que lo pueda llevar a la cita.
- No tiene acceso a transporte público (autobuses o trenes) o, si lo tiene, que existe un motivo médico por el que no pueda usarlo.
- Su cita es para un Servicio cubierto Médicamente necesario.
- Verá a un Proveedor de la red u otro Proveedor con contrato con MassHealth.

Nota: El transporte que no sea de emergencia debe estar a 50 millas de la frontera del estado de Massachusetts. Para obtener más información sobre nosotros, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Sección 5.3 Servicios “adicionales” gratuitos para nuestros Miembros calificados

Además de los Servicios cubiertos que recibe, los Miembros calificados también reciben los siguientes adicionales:

- Asientos de seguridad para automóvil para bebés/niños. Si va a tener un

bebé, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro. Pregunté cómo conseguir su asiento para automóvil sin costo. Puede recibir el asiento hasta 45 días antes de su fecha de parto.

- Cascos de bicicletas gratuitos para niños. Los niños miembros a nuestro Plan ACO pueden recibir un casco para bicicleta sin costo. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro para averiguar cómo obtener el casco.
- Paquetes dentales gratuitos cada año para los miembros de 4 años de edad y mayores.
- Pago para:
 - La cuota de membresía en un gimnasio calificado.
 - Programas de Weight Watchers®
 - Pagaremos hasta el monto indicado en nuestro sitio web en wellsense.org.

Para obtener más información sobre si califica para estos servicios adicionales, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Sección 5.4 Dónde encontrar la Lista de servicios cubiertos y la Lista de servicios excluidos y limitados

Consulte la Lista de servicios cubiertos. Consulte la Lista de servicios excluidos y limitados. Ambas figuran en la contraportada de este manual.

Sección 5.5 Línea de consejos de enfermería y Línea de ayuda de Salud conductual para todos nuestros miembros

Puede obtener información de atención médica gratis de una enfermera registrada entrenada o un proveedor de salud conductual. Puede obtenerla las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de nuestra Línea de consejos de enfermería por preguntas médicas o a través de la Línea de ayuda de Salud conductual por preguntas de salud mental o por consumo de sustancias. El número de nuestra Línea de consejos de enfermería es 800-973-6273. El número de la Línea de ayuda de Salud conductual es 833-773-2445. Recuerde: Estas líneas pueden ayudarlo. Pero, las Líneas no deben sustituir a su Proveedor de atención primaria (PCP) o proveedor de salud conductual.

Sección 5.6 Reglas básicas para obtener atención médica cubierta por nosotros

Cubriremos su atención médica si se cumplen las siguientes reglas:

- Está inscrito en un Plan ACO al momento del servicio.
- La atención que recibe está en la Lista de servicios cubiertos. (Vea al final de este Manual).
- La atención que reciba se considere Médicamente necesaria. Los servicios “médicamente necesarios” son servicios, insumos o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica. Estos servicios deben satisfacer los estándares aceptados de la práctica médica. No debe haber un servicio médico similar o lugar de servicio que sea adecuado para usted o que sea más adecuado o menos costoso.
- La atención que reciba es de un proveedor de la red del Plan ACO. En la mayoría de los casos, debe recibir su atención de un Proveedor de la red. El único momento en que esto no es así es cuando recibe atención de un Proveedor fuera de la red como se indica en la Sección 3.9.
- Su Proveedor recibió aprobación con anticipación de nuestra parte. A esto se llama “autorización previa”. En algunos casos, debemos darle a su Proveedor aprobación antes de que usted pueda recibir determinado servicio o ver a determinados Proveedores. (Consulte las secciones 3.6 y 5.7).

Si tiene preguntas sobre los Servicios cubiertos o sobre cualquiera de las reglas para que cubramos su atención, llame a Servicios al Miembro al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Sección 5.7 Autorización previa: cómo obtener nuestra aprobación para ciertos servicios

¿Qué es la Autorización previa?

Para algunos Servicios cubiertos, su Proveedor deberá obtener una aprobación de nuestra parte antes de que accedamos a cubrir el servicio para usted. Esta aprobación se denomina “Autorización previa”. La regla para obtener una aprobación con anticipación nos ayuda a asegurarnos de que usted reciba la atención adecuada. Si usted o su proveedor no obtienen esta aprobación, es posible que no cubramos el servicio. La Lista de servicios cubiertos establece si se requiere una autorización previa de nosotros o de MassHealth.

Cuando tomamos una decisión de cubrir o no cubrir un servicio, consideramos si el servicio es Médicamente necesario. Decidimos si un servicio es Médicamente necesario con base en criterios clínicos. Los criterios clínicos se basan en información de investigación clínica demostrada. Profesionales de atención médica que tienen el conocimiento clínico correcto toman nuestras decisiones de Autorización previa. Puede solicitar una copia de nuestros criterios clínicos; llame al Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., o ingrese en nuestro sitio web, en wellsense.org.

En general, se requiere Autorización previa de nuestra parte en los siguientes casos:

- Cuando la Lista de servicios cubiertos tiene un “sí” en la columna “Se requiere Autorización previa”.
- Cuando intenta obtener cobertura para servicios de un Proveedor fuera de la red. La única excepción es para aquellos servicios enumerados en la Sección 3.9 que no requieren Autorización previa. Un ejemplo de este tipo de servicio es Planificación familiar.

Le enviaremos una carta a usted, su representante legalmente autorizado (si tiene uno) y al Proveedor que realiza la solicitud respecto a cualquier decisión de rechazar una solicitud de cobertura. También le enviaremos una carta si aprobamos menos de lo que solicitó. Usted tiene derecho a presentar una Apelación interna si no está de acuerdo con nuestra decisión. Vea el Capítulo 11.

Tenga en cuenta: Nunca se necesita Autorización previa para servicios de Emergencia.

Plazos para las decisiones de autorización previa

- Las decisiones sobre autorizaciones previas se toman en los siguientes plazos:
 - Decisiones de Autorización estándar: en un plazo de 7 días a partir de que recibimos la solicitud.
 - Decisiones de Autorización expedita (rápida): en un plazo de 72 horas a partir de que recibimos la solicitud. Solo un Proveedor, o nosotros, puede decidir cuándo una solicitud de Autorización puede ser expedita (procesada rápidamente). Esta decisión se basa en si seguir el plazo de 7 días podría poner en peligro grave la vida o la salud del miembro o la capacidad de obtener, mantener o recuperar la máxima función.

Podemos demorar 14 días calendario más para decidir si usted o su Proveedor lo solicitan. El proceso de pedir más tiempo se llama una “extensión”. Puede obtener más tiempo si:

- Tenemos buenos motivos para creer que la extensión es lo mejor para usted;

- El plan necesita información adicional que consideramos que, si la recibimos, llevaría a la aprobación de su solicitud; y
- Creemos que existe la posibilidad de que se pudiera recibir más información si esperamos 14 días calendario.

Si decidimos que una extensión de los plazos es buena idea, le enviaremos una carta (y a su representante legalmente autorizado, si tiene uno). Si no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una Reclamación por escrito, por teléfono o en persona. Una Reclamación también se denomina "queja formal". Nuestros representantes del Departamento de Servicios al Miembro pueden ayudarlo. Además, le enviaremos una carta si no cumplimos con los plazos. Usted tiene derecho a presentar una Apelación interna.

Capítulo 6: Obtención de medicamentos con receta

Sección 6.1 Lista de medicamentos del Plan ACO

La Lista de Medicamentos de MassHealth es una lista de todos los medicamentos cubiertos por MassHealth y WellSense. La Lista de medicamentos puede ayudar a determinar:

- Qué medicamentos recetados o de venta libre están cubiertos por nosotros
- Qué productos farmacéuticos no farmacológicos (como las tiras reactivas para diabéticos) cubrimos.
- Si el medicamento es parte de alguno de nuestros programas de farmacia. Los programas de farmacia establecen reglas especiales para la cobertura de determinados medicamentos.

Para buscar un medicamento, seleccione una letra para ver los medicamentos enumerados por esa letra o ingrese el nombre del medicamento que desea buscar. Cualquier medicamento que no aparezca en la Lista de medicamentos de MassHealth requiere autorización previa.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento de marca es un medicamento que fabrica y vende la compañía que originalmente desarrolló el medicamento. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que el medicamento de marca. Generalmente, funciona igual que el medicamento de marca y, a menudo, cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Puede haber excepciones, en las que se requiere un medicamento de marca antes de que se pueda aprobar el genérico. Para obtener más información, consulte la lista de medicamentos preferidos sobre los genéricos de MassHealth en <https://mhdل.pharmacy.services.conduent.com/MHDL/>.

Medicamentos de venta libre (OTC)

Cubrimos determinados medicamentos de venta libre, como se indica en la Lista de medicamentos de venta libre de MassHealth.

Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta médica y funcionan igual de bien. Para ser elegible para la cobertura, los medicamentos de OTC requieren una receta de su Proveedor de la red. Para buscar la lista de medicamentos cubiertos por MassHealth, visite wellsense.org/masshealth-prescriptions.

Productos farmacéuticos que no son medicamentos

Cubrimos ciertos productos farmacéuticos que no son medicamentos como se detalla en la

Lista de productos de farmacia unificada de ACO/MCO de MassHealth. Para averiguar si el artículo no farmacológico que está buscando está cubierto, visite <https://mhdل.pharmacy.services.conduent.com/MHDL/>.

Medicamentos que no cubrimos

Hay algunos medicamentos que no cubrimos. Si recibe medicamentos que no cubrimos, debe pagarlos. Aquí hay algunas reglas generales acerca de los medicamentos que no cubrimos:

- No cubrimos medicamentos que MassHealth no cubre.
- No cubrimos medicamentos comprados fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, no cubrimos el uso no indicado de medicamentos. "Uso no indicado" se refiere cualquier uso del medicamento diferente al que se indica en la etiqueta de un medicamento, según lo aprobó la Administración de Medicamentos y Alimentos. Por lo general, la cobertura del "uso no indicado" se permite solo cuando algunos libros de referencia (como el libro American Hospital Formulary Service Drug Information) apoyan el uso. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de referencia, el plan no puede cubrirlo.
- Algunos medicamentos no están cubiertos a través de nuestro beneficio de farmacia pero sí lo están bajo sus beneficios médicos del Plan ACO. Por lo general, su Proveedor le da directamente estos medicamentos en lugar de obtenerlos en una farmacia.

Si un medicamento no está cubierto, no estará en la Lista de medicamentos de MassHealth. Para los medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos de MassHealth se requerirá una autorización previa. Para obtener más información, también puede llamar a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Sección 6.2 Dónde encontrar la Lista de medicamentos del plan

La lista más actualizada de medicamentos de MassHealth se puede encontrar en: <https://mhdل.pharmacy.services.conduent.com/MHDL/>. Si desea obtener una copia de la Lista de medicamentos, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Sección 6.3 Cambios a la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

MassHealth hace cambios a la lista de medicamentos cada uno o dos meses si es necesario. La Lista de medicamentos en línea se actualiza a medida que se realizan cambios. Por ejemplo:

- Los medicamentos, incluyendo los productos de farmacia no farmacológicos, se pueden agregar o eliminar de la Lista de medicamentos por muchas razones. Están a disposición nuevos medicamentos, inclusive nuevos medicamentos genéricos. Podemos reemplazar un medicamento de marca por uno genérico. Quizá el gobierno haya otorgado la aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento es retirado del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O bien, podríamos eliminar un medicamento de la Lista de medicamentos porque se ha determinado que no es efectivo.
- Los medicamentos pueden agregarse o eliminarse de uno o más de nuestros Programas de farmacia. (Consulte la Sección 6.5 para obtener más información sobre nuestros programas de farmacia).

¿Cómo sabrá si ha cambiado la cobertura de su medicamento?

Si hay un cambio en la cobertura para un medicamento que usted está tomando y ese cambio podría tener un efecto negativo para usted, le enviaremos un aviso. En la mayoría de los casos, le informaremos al respecto al menos con 30 días de anticipación. A veces, un medicamento se retira de la venta súbitamente porque se ha determinado que no es seguro o por otros motivos. Si esto sucede, inmediatamente quitaremos el medicamento de la lista de medicamentos cubiertos en la Lista de medicamentos y le informaremos este cambio de inmediato. Su Proveedor también sabrá acerca de ese cambio y puede trabajar con usted, a fin de buscar otro medicamento para su afección.

Si un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca que usted toma, la farmacia automáticamente reemplazará el medicamento genérico cuando reciba su próximo resurtido. En la mayoría de los casos, cubriremos el nuevo medicamento genérico y exigiremos Autorización previa para la versión de marca. Puede trabajar con su Proveedor para cambiar el medicamento por uno genérico o uno diferente que esté cubierto por el plan. O bien usted y su Proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo su medicamento de marca.

Sección 6.4 Cómo hacer que se cubran sus recetas

Reglas básicas de cobertura de medicamentos con receta

El plan cubre sus medicamentos, siempre que cumpla estas normas básicas:

- Un Proveedor de la red (un médico u otro profesional que expida recetas calificado) debe escribir su receta (excepto en casos de Atención de emergencia o urgencia).
- Debe usar una Farmacia de la red. La mayoría de los medicamentos está disponible en farmacias minoristas de la Red. Algunas recetas se pueden surtir a través de nuestra farmacia de pedidos por correo de la Red.

- Los medicamentos especializados deben surtirse en nuestra farmacia especializada de la red. Una lista de medicamentos de especialidad está disponible en el sitio web de WellSense, en <https://www.wellsense.org/members/ma/masshealth/prescriptions>.
- Su medicamento debe aparecer en la Lista de medicamentos como medicamento cubierto. (Consulte la Sección 6.1).
- Algunos medicamentos están sujetos a reglas especiales a través de nuestros Programas de farmacia antes de que los cubramos.
- Debe utilizar su medicamento para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o ha sido avalado por determinados libros médicos de referencia.

Obtenga una receta de un Proveedor de la red

Su proveedor de la Red del Plan ACO debe emitirle una receta para los medicamentos de venta bajo receta y medicamentos de venta libre (OTC), si usted los necesita. Las únicas excepciones son casos de Planificación familiar, Atención de emergencia o Atención de urgencia. (Consulte la Sección 3.12).

Surta sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta médica solo se cubrirán si se surten en farmacias de la red del Plan ACO. Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con nosotros para proporcionarle sus medicamentos con receta cubiertos. Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias minoristas de la red. Tenemos contrato con más de 1,000 farmacias minoristas en todo Massachusetts, incluso las principales cadenas de tiendas.

Para encontrar una farmacia cerca de usted, visite nuestra Lista de farmacias en línea (“Encontrar una farmacia” [“Find a Pharmacy”]) en [wellsense.org](https://www.wellsense.org). Esto le permite buscar una Farmacia de la red en su área. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro.

Para surtir su receta, muestre la Tarjeta de identificación de miembro del Plan ACO en la farmacia de la red que elija. Cuando muestra esta Tarjeta de identificación, la farmacia de la red automáticamente nos factura nuestra parte del costo de su medicamento con receta. Si no trae consigo su Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO cuando vaya a surtir su medicamento recetado, solicítele al establecimiento que nos llame para obtener la información necesaria.

¿Qué sucede si la farmacia que usa abandona la red?

Si la farmacia a la cual asiste abandona la red del Plan ACO, deberá encontrar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Puede obtener ayuda de nuestro Departamento de Servicios al

Miembro o usar la Lista de farmacias (“Encontrar una farmacia”) en nuestro sitio web en wellsense.org.

Cuándo puede usar una farmacia fuera de la red

Si viaja fuera del área y debe surtir una receta a causa de una Emergencia o atención necesaria de Urgencia, puede acudir a una farmacia fuera de la red. En esos casos, es posible que deba pagar el medicamento y luego comunicarse con nosotros para que le devolvamos lo que pagó. Consulte el Capítulo 8 para saber cómo pedirnos un reembolso.

Usar nuestro servicio de farmacia de pedidos por correo de la Red

Usted puede recibir ciertos medicamentos de nuestra farmacia de pedidos por correo de la Red, Cornerstone Health Solution (Cornerstone). Estos medicamentos se llaman “medicamentos de mantenimiento”. Por lo general, los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se reponen regularmente para afecciones como diabetes y presión arterial alta. El servicio de pedidos por correo permite que los miembros reciban un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento en su hogar en lugar de tener que surtir sus recetas en una farmacia minorista de la red local. Para saber si un medicamento está disponible a través del servicio de pedidos por correo, ingrese a nuestra Lista de medicamentos en wellsense.org. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo están señalados como “mail-order” (pedidos por correo) en nuestra Lista de medicamentos.

Cómo registrarse para la farmacia de pedidos por correo:

Para solicitar una nueva receta de pedidos por correo

- Llame a Cornerstone Health Solution (Cornerstone) al 844-319-7588, 711 (TTY/TDD), disponible de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., hora del este.

También puede completar el formulario de inscripción de farmacia de pedidos por correo y enviémoslo con sus recetas. También puede pedirle a su médico que nos envíe su receta por vía electrónica o por fax.

Para solicitar una reposición de su receta de pedidos por correo

- Llame a la farmacia de pedidos por correo de Cornerstone Health Solutions al 781-805-8220, 711 (TTY/TDD), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., para solicitar su reposición.
- Inicie una solicitud de reposición en línea desde la página web de Cornerstone Health Solutions.
- Inicie una reposición móvil usando la aplicación móvil de Cornerstone Health Solutions.
- Complete el formulario de inscripción a pedidos por correo que se encuentra en el sitio web en cornerstonehealthsolutions.org.

Una vez que se haya inscrito, puede reponer las recetas por correo, teléfono o en línea en [cornerstonehealthsolutions.org](https://www.cornerstonehealthsolutions.org). Su Proveedor de recetas puede llamar a Cornerstone Health Solution (Cornerstone) al 844-319-7588, 711 (TTY/TDD) o enviarles su receta por fax al 781-805-8221. Asegúrese de hacerle saber a la farmacia de pedidos por correo cuáles son las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan confirmar su pedido antes de hacer el envío. Por lo general, el pedido a una farmacia de pedidos por correo le llegará entre 5 y 7 días hábiles después de que se ha confirmado el pedido de su receta con usted. Si la receta que pide por correo se retrasa, debe comunicarse con nosotros para obtener un suministro temporal del medicamento de una farmacia de la red hasta que el pedido por correo pueda entregarse. Si no ha usado nunca nuestra entrega de pedidos por correos para reponer medicamentos con receta, la farmacia se comunicará con usted para que pueda comenzar. La farmacia también se comunicará con usted cuando reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que se suministre y envíe el medicamento inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, permitirle anular o demorar el pedido antes de que lo facturen y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, a fin de informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

Es importante que le informe a la farmacia cuáles son las mejores formas de contacto cuando se inscriba en los servicios de pedidos por correo, lo que incluye especificar sus preferencias de comunicación y confirmar su dirección de envío. Si tiene preguntas o experimenta problemas con sus medicamentos con receta de pedidos por correo, comuníquese con Cornerstone Health Solutions por teléfono al 844 319-7588, 711 (TTY/TDD).

Usar nuestra farmacia especializada de la red

Algunos medicamentos con receta deben surtirse a través de nuestra farmacia especializada de la red. Estos medicamentos incluyen medicamentos que a menudo se utilizan para tratar afecciones crónicas (en curso) que requieren servicios de apoyo de medicamentos especiales. Las farmacias especializadas pueden brindar ayuda adicional a miembros y proveedores. Una lista de los medicamentos de especialidad está disponible en el sitio web de WellSense, en <https://www.wellsense.org/members/ma/masshealth/prescriptions>. Puede usar esta lista para averiguar si su medicamento es un medicamento de especialidad y para determinar qué farmacias especializadas de la red pueden surtir su receta.

Sección 6.5 Nuestros programas de farmacia: reglas especiales para la cobertura de ciertos medicamentos

Tenemos varios programas de farmacia que aplican reglas especiales a algunos medicamentos con receta antes de que cubramos esos medicamentos. Esos medicamentos deben cumplir nuestros criterios clínicos para tener cobertura.

El fin de estos programas de farmacia es asegurarnos de que reciba medicamentos que son seguros y eficaces, lo que significa que los medicamentos funcionan para ayudarlo con su afección médica. Nuestros programas de farmacia también están diseñados para fomentar que usted y su Proveedor utilicen opciones de medicamentos de costo más bajo siempre que sea seguro; los medicamentos de costo más bajo funcionan igual de bien que los medicamentos de costo más alto. Esto ayuda a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos sea más asequible.

Cómo saber si un medicamento es parte de un programa de farmacia

Para averiguar si un medicamento es parte de alguno de nuestros Programas de farmacia, consulte la Lista de medicamentos de MassHealth en <https://mhdل.pharmacy.servicel.conduent.com/MHDL/>. O llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Descripción de nuestros programas de farmacia

Una breve descripción de cada uno de nuestros programas de farmacia se puede encontrar en línea en WellSense: [Pharmacy Programs \(Programas de Farmacia\) | MassHealth | WellSense Health Plan](#). Esta sección describe lo siguiente:

- Obtener aprobación por adelantado de nuestra parte (Autorización previa).
- Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible (Programa de sustitución de genéricos obligatoria) Es posible que se apliquen algunas excepciones en las que se prefiera un medicamento de marca.
- Probar un medicamento diferente primero (Programa de terapia escalonada)
- Límites en la cantidad para medicamentos con receta (Programa de límites en la cantidad)
- Medicamentos que son “nuevos en el mercado”
- Otros programas de farmacia

Obtener aprobación por adelantado de nuestra parte (programa de Autorización previa)

Su Proveedor debe obtener una aprobación con anticipación de nuestra parte antes de que cubramos algunos medicamentos. A esto se llama “autorización previa”. Cuando recibamos la solicitud de Autorización previa, un médico la revisará. Si el medicamento es Medicamento necesario, cubriremos el medicamento. Si no aprobamos la solicitud de Autorización previa, no cubriremos el medicamento. Puede presentar una Apelación; vea el Capítulo 11 para obtener información sobre cómo apelar.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible (Programa de sustitución de genéricos obligatoria)

Por lo general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que el medicamento de marca y su costo es menor. En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le deben proporcionar la versión genérica. Generalmente, no cubrimos un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Si su Proveedor cree que el medicamento de marca es médicamente necesario, puede enviar una solicitud de Autorización previa. Un médico clínico revisará la solicitud. Si el medicamento de marca es Médicamente necesario, lo cubriremos. Si no aprobamos la solicitud de Autorización previa, no cubriremos el medicamento de marca. Puede presentar una Apelación; vea el Capítulo 11 para obtener información. Puede haber excepciones, en las que se requiere un medicamento de marca antes de que se pueda aprobar el genérico. Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos de marca preferidos frente a los medicamentos genéricos en <https://mhdل.pharmacy.services.conduent.com/MHDL/>.

Probar un medicamento diferente primero (Programa de terapia escalonada)

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que cubramos otro medicamento. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan la misma afección médica, es posible que exijamos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, cubriremos el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina "terapia escalonada". Si su Proveedor cree que es médicamente necesario que usted utilice el medicamento B sin probar el medicamento A, puede solicitar una Autorización previa. Un médico clínico revisará la solicitud. Si el medicamento B es Médicamente necesario para usted, lo cubriremos. Si no aprobamos la solicitud de Autorización previa, no cubriremos el medicamento B.

Puede presentar una Apelación; vea el Capítulo 11 para obtener información.

Límites en la cantidad para medicamentos con receta (Programa de límites de cantidad)

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que obtiene cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día, podemos limitar la cobertura a no más de una píldora por día. Este programa garantiza el uso seguro y apropiado de ciertos medicamentos. Sin su Proveedor cree que es médicamente necesario que usted tome más de la cantidad permitida del medicamento, puede solicitar una Autorización previa. Un médico clínico revisará la solicitud. Si es médicamente necesario que tome más de la cantidad autorizada, lo cubriremos. Si no aprobamos la solicitud de Autorización previa, no cubriremos la cantidad más grande del medicamento. Puede presentar una Apelación; vea el Capítulo 11 para obtener información sobre cómo apelar.

Medicamentos nuevos en el mercado

Evaluamos la seguridad y eficacia de nuevos medicamentos antes de añadirlos a nuestra Lista de medicamentos (Eficacia significa que el medicamento funciona). Si su Proveedor piensa que un medicamento nuevo en el mercado que no está en nuestra Lista de medicamentos es médicamente necesario para usted, puede enviarnos una solicitud de Autorización previa. Un médico clínico revisará la solicitud. Si se aprueba, cubriremos el fármaco. Si no aprobamos la solicitud de Autorización previa, no cubriremos el medicamento nuevo en el mercado.

Consulte el Capítulo 11 para obtener información sobre cómo apelar.

Otros programas de farmacia

Tenemos otros programas de farmacia con reglas especiales para la cobertura de medicamentos. Estas reglas incluyen:

- Cuando surte su receta, está limitado a un suministro de hasta 30 días del medicamento cada vez que resurte su medicamento.
- Los medicamentos elegibles para pedidos por correo permiten suministros para 90 días o medicamentos incluidos en el programa de suministro para 90 días que requieren un suministro obligatorio de 90 días o un suministro opcional (permitido) de 90 días. Los medicamentos pedidos por correo son dispensados por nuestra farmacia de pedidos por correo de la red. Los medicamentos en el programa de suministro de 90 días se pueden dispensar por correo o en una farmacia minorista dentro de la red.
- Debe usar alrededor de 75 % (70 % para medicamentos oftalmológicos) del suministro de su medicamento antes de que pueda resurtir su receta.

¿Qué puede hacer si usted o su Proveedor quieren un medicamento que no cubrimos o un medicamento que está limitado por las reglas especiales de uno de nuestros programas de farmacia?

Primero hable con su Proveedor. Quizás haya otro medicamento cubierto por el plan que podría ser igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su Proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted y puede recetárselo.

Si su médico considera que es médicamente necesario para usted tomar un medicamento que no cubrimos, o que está limitado por las reglas especiales de uno de nuestros programas de farmacia, puede enviarnos una solicitud de Autorización previa. Un médico clínico revisará la solicitud. Si el medicamento es médicamente necesario, cubriremos el medicamento. Si su Proveedor nos solicitó una Autorización previa pero rechazamos la solicitud, puede apelar la decisión. (Consulte el Capítulo 11 para obtener más información).

En algunos casos, aprobaremos un suministro de emergencia de un medicamento si usted no puede esperar la Autorización previa de nosotros porque esperar pondría en riesgo su salud. Hable con su farmacia sobre cómo obtener un suministro de emergencia de medicamentos o pídale a la farmacia que se comunique con nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. para recibir la Autorización para este suministro temporal.

Sección 6.6 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura

Programa de revisión de la utilización de medicamentos

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos con el fin de asegurarnos de que nuestros Miembros reciben atención segura y adecuada. Estas evaluaciones son especialmente importantes para los Miembros que tienen más de un Proveedor que les receta sus medicamentos. Realizamos una evaluación cada vez que usted surte una receta médica. También evaluamos regularmente nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como:

- Errores de medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios debido a que toma otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros ni adecuados para su edad o sexo
- Algunas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas médicas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de medicamento que toma

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, colaboraremos con su Proveedor para corregirlo.

Programa de manejo de sustancias controladas (CSMP)

Este programa utiliza datos de reclamos para identificar miembros que están en riesgo por usar medicamentos que tienen potencial de abuso. Estos medicamentos incluyen sustancias controladas pertenecientes al Programa II-V (Schedule II-V) (como hidrocodona o tramadol), y otros medicamentos que se consideran de alto riesgo debido al uso excesivo o indebido. El objetivo del programa CSMP es ayudar a los proveedores a estar mejor informados sobre los patrones de uso de medicamentos de sus pacientes y reducir la posibilidad de uso indebido de la medicación. Con base en la revisión de los antecedentes médicos del Miembro y el uso de medicamentos, podemos tomar acciones como:

- Bloqueo de farmacia: se trata de un proceso que exige que un miembro obtenga todas las recetas de medicamentos controlados (como hidrocodona o tramadol) en una sola farmacia durante un año. Esto ayuda a los Miembros, Proveedores y farmacéuticos a entender mejor los medicamentos de los Miembros y reducir riesgos. Cualquier Miembro que es colocado en un bloqueo de farmacia será notificado por escrito con anticipación.
- Bloqueo de proveedor: Este proceso exige que un miembro obtenga todas las recetas de medicamentos controlados escritas por un único proveedor (o un grupo proveedor) por un año. Esto ayuda al proveedor a comprender mejor los medicamentos del miembro y a reducir riesgos.
- Comunicación directa con el proveedor que recetó la medicación.
- Educación al miembro sobre las mejores prácticas para el uso seguro de medicamentos.
- Derivación del caso para posterior evaluación de posible Fraude, Despilfarro y Abuso.

Capítulo 7: Manejo de Cuidado

Sección 7.1 Programas de Manejo de Cuidado

Queremos que nuestros Miembros se pongan y mantengan sanos. Nuestros Programas de Manejo de Cuidado (Care Management, CM) pueden ayudarlo al darle la información y el apoyo que necesita. Los miembros que pueden beneficiarse de nuestros Programas CM incluyen aquellos con:

- Necesidades médicas
- Necesidades de Salud conductual
- Necesidades sociales relacionadas con la salud
- Necesidades de Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- Riesgo alto de ser ingresados al hospital
- Necesidades especiales de atención médica

Los Programas CM involucran lo siguiente:

- Los Miembros tienen un administrador de atención que lidera el equipo de atención asignado a manejar y coordinar la atención del Miembro. El equipo de atención médica incluye el PCP del Miembro y otros especialistas para ayudar a los Miembros a comprender y manejar su salud.
- Se realizará una evaluación completa al Miembro y se creará un plan de atención para ayudar a satisfacer sus objetivos de atención médica. Los Miembros tienen derecho a aprobar su plan de atención cuando hay un cambio.
- El equipo de atención médica también ayudará a los Miembros a encontrar beneficios y ayuda en la comunidad. Esto incluye encontrar servicios que ayuden a los Miembros con:
 - Transporte gratis a citas médicas programadas
 - Conseguir cupones para alimentos y vivienda
 - Ayuda con el pago de servicios públicos
 - Encontrar grupos de apoyo

Estos servicios de recursos están disponibles para todos los Miembros. No es necesario que esté en los Programas CM.

El plan cuenta con varios programas CM que incluyen:

- Educación sobre salud
- Administración de la población
- Manejo de Cuidado Complejo
- Transición de la atención
- Manejo de Cuidado Social
- Salud conductual

Nuestro equipo de CM trabaja junto a los Miembros con necesidades de salud médicas y conductuales.

Sección 7.2 Programa de Manejo de Cuidado Médico (CM)

Nuestro Programa CM incluye los siguientes programas de forma que podamos obtener el nivel de atención correcto para usted:

Educación de atención médica y bienestar

Este programa ofrece herramientas y recursos educativos para apoyar el bienestar y la prevención. El objetivo es ayudarle a aprender y seguir nuevas y sencillas formas de manejar enfermedades y mantenerse saludable. Los temas pueden incluir:

- Vacunas para niños y adultos
- Consejos nutricionales
- Recordatorios en el hogar y de seguridad
- Educación específica para la afección a través de correos, mensajes de texto y materiales en línea

Puede encontrar estos recursos en nuestro sitio web wellsense.org. Simplemente seleccione la pestaña Manejo de Cuidado (Care Management) en la página Miembro (Member). Nuestro Centro de Bienestar también tiene información para mantenerse saludable.

Administración de la población

Nuestros administradores de atención tienen un enfoque "práctico". Trabajamos con usted y su equipo de Proveedores de atención médica para ocuparnos de necesidades médicas, sociales y conductuales para afecciones específicas, como diabetes o asma. Este programa incluye una evaluación de su afección u otras afecciones para las que usted pudiera estar en riesgo. Este programa también le ayuda a coordinar su atención y determinar los beneficios y recursos que podrían ayudarlo. Estos recursos pueden incluir recursos familiares y comunitarios. Luego se desarrolla y lleva adelante un Plan de atención individualizada

(Individualized Care Plan, ICP) para cada miembro. El ICP se enfocará en:

- Sus apoyos psicológicos y sociales
- Metas de autotratamiento
- Coordinación de la atención, incluyendo Coordinación de la atención mejorada para determinadas condiciones
- Seguridad personal y en el hogar
- Plan de tratamiento

Al seguir su plan de atención, aprenderá más sobre su afección y su salud y al mismo tiempo construirá habilidades para llevar un estilo de vida saludable.

Manejo de Cuidado Médico Complejo

Este programa es un CM intensivo a corto plazo para miembros que tienen afecciones de alto riesgo, múltiples afecciones y necesidades de atención médica especiales. Este programa incluye todos los elementos de administración de la población y chequeos frecuentes de un administrador de atención. Estos chequeos de Manejo de Cuidado pueden tener lugar en el hogar, en consultorios de Proveedores o en la comunidad, según sea necesario. Un equipo de la atención incluye un PCP, un administrador de atención de enfermería, un trabajador de salud de la comunidad, un farmacéutico, salud conductual y otros Proveedores de atención médica. Este equipo lo ayudará con sus necesidades médicas y sociales para determinar cómo puede trabajar con su apoyo familiar y recursos y socios de la comunidad para ocuparse de sus necesidades de atención médica. Ellos pueden enseñarle a manejar su afección, coordinar su atención y coordinar servicios, recursos y equipos. El equipo trabaja en conjunto con usted para establecer sus objetivos y trabajar para lograrlos.

Transición de la atención: Este programa está diseñado para miembros que han sido dados de alta de un hospital o sala de emergencias. El Programa de transición de la atención proporciona servicios y recursos disponibles para asegurar que los planes de alta se implementen y que las instrucciones de alta se entiendan. El personal no clínico del Plan también puede proporcionar asistencia con la coordinación de transporte hacia y desde sus citas médicas. También podemos ayudar a programar citas con sus médicos de atención primaria (PCP) y especialistas, si fuera necesario.

Administrador de la atención social: Este programa involucra la evaluación de un administrador de atención social de las necesidades de usted y su familia para determinar si podría beneficiarse de los servicios. Esta persona funciona como su defensor (apoyo). Las medidas de seguimiento tienen lugar a nivel individual y familiar y pueden incluir conectarlo con apoyos de la comunidad para abordar obstáculos para que esté saludable.

Comuníquese con nosotros. Nuestros programas de Manejo de Cuidado (CM) son gratuitos y voluntarios. Eso significa que puede elegir si desea estar en los programas. Podemos colocarlo en el nivel correcto de CM con base en sus necesidades. Los siguientes pueden derivarlo a nuestros programas:

- Nuestra revisión de la información de reclamos o clínica
- Sus respuestas a la Evaluación de necesidades de atención que completó cuando se inscribió en el plan. Este formulario incluye su información médica y un resumen de sus necesidades actuales.
- Una derivación de nuestra Línea de consejos de enfermería
- Una derivación de un hospital o Proveedor
- Solicitarnos inscribirse en el Programa.

Si cree que estos programas de CM lo ayudarán, llámenos al 866-853-5241. No necesita una derivación y puede autoderivarse para inscribirse en el Programa. También puede llamar a ese número si desea abandonar nuestro programa CM. Tenga en cuenta: Su participación en el programa no reemplaza la atención y los servicios que usted recibe de su PCP y otros Proveedores de atención médica.

Sección 7.3 Programa de Manejo de Cuidado de la Salud conductual (BH)

El Programa de Manejo de Cuidado de la Salud conductual (BH) es para miembros con ciertas afecciones de BH. Profesionales clínicos de BH con licencia están capacitados para ayudarlo con sus necesidades de BH. Podemos ayudarlo a encontrar un Proveedor de Salud conductual (BH) cercano y explicarle las opciones de tratamiento disponibles. Algunas de las afecciones para las que está diseñado este Programa incluyen:

- Depresión
- Ansiedad
- Angustia emocional que afecte mucho sus relaciones personales, escuela, trabajo, desempeño laboral, patrones de sueño o alimentación
- Trastorno bipolar, trastornos del humor, trastornos psicóticos o esquizofrenia
- Uso o abuso de sustancias como alcohol, medicamentos para el dolor, drogas ilegales

Coordinación de la atención

El Manejo de Cuidado de BH ofrece coordinación de servicios para miembros con necesidades de BH que podrían beneficiarse de los servicios de BH. El administrador de atención de BH

evalúa las necesidades del Miembro y, teniendo en cuenta los comentarios y preferencias del miembro, coordina los servicios de BH apropiados.

Los servicios de coordinación de atención están disponibles para niños, adolescentes y adultos.

Manejo de Cuidado de Salud conductual compleja

El Programa de Manejo de Cuidado también ofrece Manejo de Cuidado de BH compleja para Miembros que lidian con condiciones conductuales o psicosociales más persistentes o graves. Los Administradores de la atención de BH hablarán por usted respecto a sus necesidades de salud. Ellos trabajarán con usted y sus Proveedores y se asegurarán de que tenga lo que necesita para mejorarse. Esto incluye:

- Evaluar su salud
- Planificar su atención
- Ayudarlo a planificar servicios que necesitará cuando salga del hospital
- Obtener otros recursos para usted

El Manejo de Cuidado de BH compleja es un servicio voluntario para adultos. Eso significa que puede elegir si desea estar en el programa. Es un programa de corto plazo para satisfacer necesidades específicas y llevarlo al mejor estado de salud posible. Profesionales clínicos en BH con licencia prestan servicios por teléfono. Estas reuniones los incluyen a usted y a sus Proveedores. Con su permiso, trabajaremos con su PCP y otros Proveedores y familiares para ayudarlo mejor. Los planes de atención de Manejo de Cuidado de BH compleja se desarrollan personalmente con usted y sus Proveedores de Salud conductual con metas claras y los recursos que usted necesita.

Comuníquese con nosotros. Para obtener más información sobre el programa de Manejo de Cuidado de BH compleja:

- Llame a WellSense al 888-217-3501, TTY/TDD 866-727-9441, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
- O visite nuestro sitio web: wellsense.org

Programa de apoyo comunitario para personas que experimentan indigencia crónica (CSPECH)

El Programa de apoyo comunitario para personas que experimentan indigencia crónica (Community Support Program for People Experiencing Chronic Homelessness, CSPECH) es un programa para Miembros sin hogar. Ofrece muchos servicios que pueden prestarse en la comunidad. Estos servicios se pueden proporcionar a los Miembros y sus familias para ayudar a los Miembros que tienen necesidades de Salud conductual de largo plazo y que están en riesgo. Los servicios también se proporcionan a Miembros que son niños o adolescentes que tienen problemas de BH que afectan su capacidad para adaptarse a la comunidad.

Sección 7.4 Trabajar con socios de la comunidad para coordinar su atención

Los socios de la comunidad son organizaciones que trabajan con algunos Miembros para ayudar a coordinar la atención y brindar CM. Existen dos tipos de socios de la comunidad: Un tipo se especializa en salud conductual. El otro tipo se especializa en Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Los Socios comunitarios de Salud conductual trabajan con algunos Miembros que tienen necesidades importantes de servicios de Salud conductual. Los socios comunitarios de LTSS trabajan con Miembros que necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades de actividades básicas de la vida cotidiana y cuidar de sí mismos. Estos socios de la comunidad pueden ayudar a:

- Evaluar las necesidades del miembro.
- Planificar los tratamientos y servicios correctos para el Miembro.
- Cambiar la atención del Miembro de un tipo de atención a otro. Un ejemplo es pasar de atención para paciente hospitalizado a ambulatorio.
- Manejar y verificar los medicamentos.
- Proporcionar información de salud y bienestar.
- Encontrar programas comunitarios y de servicio social que puedan apoyar a los miembros.

Si desea obtener más información sobre Socios de la comunidad (Community Partners) o si considera que podría calificar para obtener servicios de un Socio de la comunidad una vez que esté disponible, puede hacer lo siguiente:

- Para Socios de salud conductual de la comunidad, llame a WellSense al 888-217-3501, TTY/TDD 866-727-9441, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
- Para Socios de la comunidad de LTSS, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 888-566-0010. No necesita una derivación para calificar para estos servicios.

Capítulo 8: Cómo solicitarnos que paguemos

No permitimos que Proveedores de la red le facturen por Servicios cubiertos. Usted nunca debe recibir una factura de un Proveedor de la red por Servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas del Plan ACO (consulte la Sección 5.6., Reglas básicas para obtener atención médica cubierta por nosotros). Esto es cierto incluso si le pagamos a un Proveedor menos de lo que cobra por un servicio o si tenemos una discrepancia con un Proveedor acerca de lo que debíamos pagarle.

Sin embargo, hay momentos en los que puede que sea responsable de un pago. Por ejemplo:

- Por atención que no es un Servicio cubierto del Plan ACO o un servicio cubierto de MassHealth
- **En casos en los que usted firmó una exención.** A veces, su médico puede pedirle que firme una "exención". Por lo general, una exención indica que usted acepta pagar un servicio que su plan de salud no cubre. Al firmar una exención del seguro médico, usted acepta que pagará los servicios si nosotros no lo hacemos. Si tiene preguntas sobre las exenciones, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Podemos ayudarle a responderlas.

¿Qué hacer si ya pagó por algo que cree que no debería haber pagado?

Si pagó Servicios cubiertos con su dinero, puede pedirnos un reembolso. (Con frecuencia, devolverle dinero se denomina "hacerle un reembolso".) Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso de nuestra parte del costo. Usted tiene derecho a recibir el reembolso siempre que haya pagado más que su costo compartido por Servicios cubiertos (incluso medicamentos).

¿Qué sucede si recibe una factura de un Proveedor pero no la pagó?

Si recibe una factura de un Proveedor por parte o el total del costo de la atención que recibió, le recomendamos que primero hable con su Proveedor para asegurarse de que tenga la información correcta del seguro. Si su Proveedor le dice que tiene la información correcta, llámenos. Lo ayudaremos a determinar si nosotros deberíamos haber pagado los servicios o si usted es responsable del pago porque el servicio que recibió no es un Servicio cubierto.

Ejemplos de cuándo puede pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

- Si pagó, o recibió una factura, por Atención de emergencia o de urgencia

de un Proveedor fuera de la red.

- Si paga el costo total de una receta porque no tiene la Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO con usted, la farmacia no puede confirmar su inscripción al Plan ACO y necesita el medicamento de inmediato.

Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de reembolso

Si recibe una factura, o pagó un Servicio cubierto, envíenos la factura y el comprobante de pago que haya hecho, como un recibo. Escriba el nombre del Miembro que recibió la atención y el número de su Tarjeta de identificación del Miembro del Plan ACO en la factura. Le sugerimos que haga una copia de la factura y de los recibos para sus registros.

Tipo de factura	Con quién comunicarse
Servicios médicos	Envíe por correo todas las facturas de servicios médicos a Servicios al Miembro a: WellSense Health Plan Attn: Concierge Specialist 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129
Servicios de salud conductual	Envíe todas las facturas por servicios de Salud conductual a: WellSense Health Plan Attn: Member Service Department, Concierge Specialist 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA
Medicamentos con receta	Primero, descargue el Formulario de reembolso de pago por parte del Miembro que está disponible en nuestro sitio web (wellsense.org). Si no tiene una computadora, llámenos al 888-566-0010 (inglés y otros idiomas), 888-566-0012 (español) y para personas con problemas auditivos: 711 y le enviaremos el formulario por correo. Una vez que haya completado el Formulario de reembolso, envíe el formulario y los recibos originales que pagó a: Express Scripts Attn: Commercial Claims P.O. Box 14711 Lexington, KY 40512-4711

Tipo de factura	Con quién comunicarse
	<p>También puede llamar a Express Scripts al 888-566-0010. (inglés u otros idiomas), 888-566-0012 (español) y para personas con discapacidad auditiva: 711; 24 horas al día, los siete días de la semana para preguntas sobre sus reclamos enviados.</p>

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro si tiene preguntas.

¿Qué sucede una vez que presenta la solicitud de reembolso?

Cuando recibimos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. Revisaremos su solicitud y determinaremos si debemos pagar la factura. Si decidimos que el servicio o el medicamento es un Servicio cubierto y usted siguió todas las reglas para obtener el servicio o el medicamento, le devolveremos el dinero. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo nuestra parte del costo. Si todavía no pagó, le enviaremos una carta que le informe nuestra decisión y, si el pago es aprobado, le enviaremos el pago al Proveedor.

Si decidimos que el servicio o medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos por el servicio o medicamento. En cambio, le enviaremos una carta que le informe nuestra decisión, los motivos de la misma y su derecho a apelar.

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que le pagamos, puede presentar una Apelación. Si presenta una Apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. Consulte el Capítulo 11 para obtener información sobre cómo solicitar una Apelación. También puede llamar a nuestro Departamento de Servicios al Miembro para obtener más información.

Capítulo 9: Cómo funciona otro seguro con su Plan ACO

Sección 9.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? (Coordinación de beneficios)

Algunos Miembros pueden tener otra cobertura de salud. De ser así, trabajaremos con su otro seguro para coordinar sus beneficios del Plan ACO. La manera en la que trabajaremos con las otras compañías depende de su situación. Este proceso se denomina "coordinación de beneficios".

Como Plan de Medicaid, somos el pagador de última instancia. Eso significa que cuando usted tiene otro seguro (como un seguro médico de un empleador), siempre paga primero ese otro seguro. Su otro seguro se denomina "seguro primario". Siempre pagaremos en segunda instancia. Nosotros nos denominamos "seguro secundario". Este es el caso a menos que la ley establezca otra cosa. Si no cubrimos ciertos servicios, es posible que su otro seguro sí los cubra. Si tiene preguntas sobre otro seguro médico, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro.

Usted debe respetar todas las reglas de su seguro primario al recibir servicios. Es posible que cubramos servicios o insumos que su seguro primario no cubre. Además, es posible que cubramos sus Copagos. Es importante que utilice Proveedores que estén en la red de su seguro primario y en nuestra red para que los reclamos se procesen correctamente.

Si tiene otro seguro médico, debe informárselo a sus Proveedores cuando reciba servicios. Sus Proveedores sabrán cómo presentar reclamos a su otro seguro y a nosotros. Si tiene preguntas, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro. También debe llamarnos si necesita actualizar la información de su otro seguro.

Sección 9.2 Accidentes de vehículos motorizados y/o enfermedades/lesiones relacionadas con el trabajo

Accidentes de vehículos motorizados

Si sufre un accidente automovilístico, debe usar primero la cobertura médica de la compañía aseguradora de su vehículo. Esto incluye:

- Protección personal contra lesiones; y/o
- Cobertura de pago médico.

Luego, es posible que paguemos los gastos médicos relacionados con su accidente. Debe enviarnos comprobante de pago o las cartas de negativa de pago de la compañía aseguradora de su vehículo. Esto nos ayudará a decidir si pagaremos el reclamo de su proveedor.

Lesión/enfermedad relacionada con el trabajo

En el caso de lesiones o enfermedades laborales, el corredor de la compensación a los trabajadores será el primer responsable de pagar sus gastos médicos. Debe enviarnos comprobante de pago o las cartas de negativa de pago de esta compañía. Esto nos ayudará a decidir si pagaremos el reclamo de su proveedor.

Sección 9.3 Derecho a recuperar dinero de una persona que es responsable de una lesión (Subrogación)

Si otra persona lo lesiona, realizaremos un proceso llamado "subrogación". Eso significa que podemos usar sus derechos legales para recuperar dinero de:

- la persona que causó su lesión; o
- Una compañía aseguradora u otra parte responsable.

Si otra persona o parte es, o es posible que sea, responsable de pagar por servicios relacionados con su lesión, usaremos sus derechos legales para recuperar la totalidad del dinero que pagamos (o pagaremos) por los servicios de atención médica para su lesión. Para ejercer esos derechos, podemos tomar acciones legales, con o sin su consentimiento, contra cualquier parte responsable para que se nos devuelva el dinero que pagamos. Nuestros derechos de subrogación se aplican incluso si el Miembro lesionado es menor de 18 años.

Si recibe facturas por servicios de atención médica relacionados con su lesión, debe presentarlas antes de cualquier convenio. Si no nos envía esas facturas, es posible que nos neguemos a pagar el Reclamo.

Si otra parte paga directamente alguno de sus gastos médicos que nosotros pagamos, tendremos derecho a facturarle la totalidad de lo que pagamos.

Sección 9.4 Cooperación de los Miembros

Como Miembro, usted acepta cooperar con nuestros procesos de Coordinación de beneficios y Subrogación. Eso significa que debe:

- Informarnos inmediatamente si existe potencial de posible Subrogación o Coordinación de beneficios.
- Darnos toda la información y los documentos que pidamos.
- Completar y firmar cualquier documento que creamos necesario para proteger nuestros derechos.
- Avisarnos antes de resolver cualquier Reclamo que se relacione con una lesión de la que alguien más es responsable.

- Asignar o entregarnos cualquier dinero que haya recibido de otra parte responsable por los servicios que pagamos.
- No hacer nada que pudiera interferir o evitar que llevemos adelante los procesos.

Nota: Nuestra Autorización previa de cualquier servicio no significa que estemos obligados a pagar por esos servicios de atención médica.

Nada en este Manual del miembro puede ser interpretado para limitar nuestro derecho de usar cualquier medio legal para hacer cumplir nuestros derechos, como se describen en este capítulo.

Capítulo 10: Sus derechos y responsabilidades

Sección 10.1 Sus derechos

Nuestros Miembros tienen los siguientes derechos:

- Usted tiene derecho a recibir información de nosotros sobre su Plan ACO, nuestros Servicios cubiertos, Proveedores de la red y sus derechos y responsabilidades.
- Usted tiene derecho a recibir los servicios Médicamente necesarios en su Lista de servicios cubiertos.
- Usted tiene derecho a recibir un aviso sobre cambios importantes en su Red de Proveedores. Estos incluyen cuando un PCP, especialista u hospital o centro abandona nuestra Red y usted se ve afectado.
- Usted tiene derecho a ser respetado y que su dignidad y derecho a la privacidad se reconozcan.
- Usted tiene derecho a que no se usen restricciones (que se lo ponga bajo control) o reclusión (estar aislado) para forzarlo, castigarlo o tomar represalias en su contra para la conveniencia de otra persona.
- Tiene derecho a solicitar una copia de su expediente médico. Usted tiene derecho a solicitar que se modifique o corrija según lo permita la ley.
- Usted tiene derecho a tener una conversión franca sobre opciones de tratamiento de atención médica de una forma que pueda entender. Este es el caso sin importar el costo del beneficio o la cobertura.
- Tiene derecho a tomar parte en las decisiones relacionadas con su atención médica. Esto incluye negarse a un tratamiento.
- Tiene derecho a ejercer sus derechos sin que eso lo afecte de mala manera o la forma en que nosotros y nuestros Proveedores de la red lo tratan.
- Tiene derecho a solicitar una Segunda opinión para un tratamiento sugerido y que nosotros paguemos la visita de la Segunda opinión.
- Tiene derecho a presentar una Queja cuando no esté satisfecho con nosotros, sus Proveedores o la calidad de la atención o los servicios que recibe. (Consulte el Capítulo 11).
- Tiene derecho a una Apelación interna o una Apelación externa ante la Junta de Audiencias para pedirnos que cambiemos de opinión respecto a una decisión de Acción adversa (negativa) que tomamos (Vea el Capítulo 11).

- Tiene derecho a abandonar (cancelar su inscripción) al Plan ACO en algunos casos. Para obtener más información, vea el Capítulo 12.
- Tiene derecho a solicitar un resumen por escrito de los planes de incentivos de nuestros médicos.
- Tiene derecho a que se le diga si tenemos motivos morales o religiosos que nos impidan cubrir el asesoramiento o un servicio de derivación. También puede recibir información sobre cómo puede obtener ese servicio.
- Tiene derecho a hacer sugerencias sobre estos Derechos y responsabilidades.

Sección 10.2 Sus responsabilidades

A continuación se presentan algunas cosas importantes que debe hacer:

- Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos Servicios cubiertos.
- Ayude a sus Proveedores a atenderlo.
- Dígales claramente cuáles son sus problemas de salud, sus antecedentes médicos y cualquier otra información de salud.
- Hágalles preguntas. Sus Proveedores deben explicarle las cosas en una forma que usted entienda. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que se le proporciona, vuelva a preguntar.
- Aprenda todo lo que pueda sobre sus afecciones de salud y los tratamientos recomendados. Considere el tratamiento antes de que se realice.
- Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden. Recuerde que negarse a recibir el tratamiento recomendado podría lastimarlo.
- Debe autorizar a su PCP para que obtenga copias de todos sus registros de salud. Esto ayudará a que su PCP cuide mejor de usted.
- Asegúrese de que sus Proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Trabaje con su Proveedor para entender sus problemas de salud. Elaborar planes de tratamiento y objetivos en la medida que sea posible.
- Debe decirnos si tiene otra cobertura de seguro médico o de medicamentos además de este Plan ACO. Llame al Departamento de

Servicios al Miembro para informarnos sobre esto.

- Dígales a sus Proveedores que está inscrito en el Plan ACO. Muestre su Tarjeta de identificación del miembro del Plan ACO y su Tarjeta de identificación de Medicaid de MassHealth cuando reciba Servicios cubiertos.
- Asistir a sus citas. Llegar a tiempo. Llamar con anticipación si va a llegar tarde o debe cancelar.
- Sea considerado. Todos nuestros Miembros deben respetar los derechos de otros pacientes. También esperamos que se comporte de una forma que ayude a que los consultorios de nuestros Proveedores funcionen sin problemas. Tratar a su Proveedor con respeto.
- Pague lo que deba. Si recibe algún servicio médico o medicamento que no está cubierto por nuestro plan o por otro seguro que usted tenga, debe pagar el costo total.
- Decirnos de inmediato si se muda o cambia de número de teléfono. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro.

Sección 10.3 Su responsabilidad de denunciar Fraude

Usted juega un papel importante en la protección del programa Medicaid contra Fraude, Despilfarro y Abuso (Fraud, Waste, and Abuse, FWA). Ayúdenos a detectar el FWA si sucede. La definición de Fraude, Despilfarro y Abuso está en el Capítulo 16. 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 ACO.

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

Método	Información de contacto
Llamada	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 Health Plan Attn: Special Investigations Unit 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129

Cuando se comuniquen 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 ACO del Miembro.
- Descripción de la supuesta situación de FWA.
- Dónde se proporcionaron los servicios (si corresponde).
- Fecha del servicio.

Sección 10.4 Paridad en la salud mental

Las leyes federales y estatales exigen que todos los planes de atención administrada de Medicaid proporcionen cobertura de servicios de Salud conductual (BH). Se trata de servicios para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias. Las reglas exigen que cubramos servicios de BH de la misma forma en que ofrecemos cobertura para servicios de salud física. Esto se llama "paridad". Por ejemplo, la cobertura de servicios de BH no puede ser más restrictiva (limitada) que la cobertura que generalmente está disponible para afecciones médicas. La paridad se aplica a los siguientes:

- Copagos y montos de tope de Copagos
- Límites a servicios. Por ejemplo, límites a cuántos días de hospitalización o visitas para pacientes ambulatorios están cubiertos
- Uso de herramientas de Gestión de la utilización/Manejo de Cuidado
- Cómo decidimos:
- Necesidad médica
- Autorizaciones previas
- Niveles de la Lista de medicamentos (si corresponde)

En general, "paridad" significa que debemos hacer todo lo siguiente:

- Proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental o trastorno por abuso de sustancias de la misma forma que lo

haríamos para otros problemas físicos que pudiera tener.

- Tener requisitos de Autorización previa y límites de tratamiento similares para beneficios de BH que para beneficios de salud física.
- Darles a usted o a su Proveedor los criterios de necesidad médica que utilizamos para una Autorización previa cuando usted o su Proveedor lo solicitan.
- No establecer límites de por vida o anuales en dólares a los beneficios de BH.
- En un plazo razonable, darle el motivo para negar la Autorización para servicios de BH.
- Si cubrimos beneficios fuera de la red médicos y quirúrgicos, debemos cubrir servicios de BH fuera de la red bajo ciertas circunstancias.

Si considera que no ofrecemos paridad según se explicó arriba, tiene derecho a presentar una Queja. Para obtener información sobre Quejas, consulte el Capítulo 11.

También puede presentar una Queja ante MassHealth. Llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 800-497-4648) de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Sección 10.5 Planificación anticipada para sus decisiones de atención médica

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas porque están muy enfermas o lesionadas. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre la atención médica por su propia cuenta.

Las Instrucciones anticipadas son documentos legales que le permiten nombrar a una persona con anticipación para que tome decisiones de atención médica en su nombre y a dar instrucciones sobre su atención médica en el futuro si usted no puede.

Las Instrucciones anticipadas también se denominan poder de atención médica, agente de atención médica, poder legal de representación permanente para decisiones de salud o testamento vital. Las Instrucciones anticipadas le permiten comunicar sus deseos sobre atención médica en el futuro a familiares, amigos y Proveedores.

En Massachusetts, si tiene al menos 18 años de edad y tiene pleno dominio de sus facultades mentales, puede tomar decisiones por usted mismo. También puede elegir a alguien como "agente" o "apoderado" de atención médica. Se trata de una persona que usted nombra para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no puede hablar por sí mismo. Esto incluye decisiones sobre soporte vital. Esta persona llevará a cabo los deseos que usted expresó en sus Instrucciones anticipadas. Puede cambiar de persona de vez en cuando si lo desea.

Usted no está obligado a usar Instrucciones anticipadas. Pero puede hacerlo si lo desea. Es su elección. A continuación le explicamos lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. También puede obtener un Formulario de apoderado para la atención médica del estado si ingresa a mass.gov y escribe "health care proxy form" (Formulario de apoderado para la atención médica) en el cuadro de búsqueda.
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere pedir a un abogado que le ayude a completarlo.
- **Conserve una copia para sus registros.** Entregue copias a las personas que deban saber acerca del formulario. Debe entregarles una copia del formulario a sus médicos. Sus médicos colocarán el formulario en el expediente médico. Esto les permitirá tener sus instrucciones por escrito sobre cómo manejar su atención en caso de que no pueda decirles usted mismo. También le conviene entregar copias a amigos cercanos o a familiares.
- **Si tiene previsto ser hospitalizado y ha firmado un documento con Instrucciones anticipadas, lleve una copia al hospital.** En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de Instrucciones anticipadas y si lo tiene a la mano. Si no ha firmado uno, es posible que el hospital tenga formularios disponibles.

Es posible que le pregunten si desea firmar uno.

Depende de usted completar un formulario de Instrucciones anticipadas o no

Esto incluye si desea firmar uno y está en el hospital. Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en función de que haya firmado Instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si usted ha firmado una Instrucción anticipada y considera que un Proveedor u hospital no siguió las instrucciones establecidas en ella, puede llamar al 800-462-5540 para presentar una Queja ante la Unidad de Quejas de la División de Calidad de la Atención Médica del Salud del Departamento de Salud Pública de Massachusetts.

Capítulo 11: Qué hacer si hay un problema o tiene una consulta, apelación o una queja (reclamación)

Queremos que nos contacte si tiene preocupaciones relacionadas con su atención o servicios. Nuestro Departamento de Servicios al Miembro le ayudará a resolver sus problemas. También tiene derecho de expresar a MassHealth cualquier inquietud en cualquier momento. Llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900, TDD/TTY 800-497-4648, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m

Sección 11.1 Consultas

Una Consulta es cualquier pregunta o solicitud que pueda tener acerca de las operaciones salud conductual.

Resolveremos sus Consultas inmediatamente o, como máximo, dentro de un día hábil a partir del día en que recibamos su Consulta. Le haremos saber acerca del resultado/resolución el día en que su Consulta haya sido resuelta. Para hacer una consulta, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., o a WellSense (para preguntas sobre salud conductual) al 888-217-3501, TTY/TDD 866-727-9441, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Una Consulta no se utiliza para abordar su insatisfacción con nosotros. Si no está satisfecho, tiene derecho a presentar una Queja (Reclamación). Consulte la Sección 11.15. Para otros tipos de problemas, debe usar el proceso de Apelaciones internas. Consulte las secciones 11.3 a 11.12 para conocer el proceso de Apelaciones.

Cada proceso tiene un conjunto de reglas y plazos que usted y nosotros debemos cumplir. Esto se explica en este capítulo.

Sección 11.2 ¿Qué es un Representante autorizado?

Un Representante autorizado es alguien a quien usted le ha dado su permiso, por escrito, de actuar en su nombre con respecto a una Apelación interna, una Apelación externa o una Queja (Reclamación). **Un Representante autorizado puede actuar en su nombre para todas las acciones que describimos en este Capítulo 11.**

Si su Representante autorizado es un familiar:

- Puede hacer que lo represente en su Apelación o Queja (Reclamación).
- El familiar puede tener un permiso permanente de su parte.
- Este permiso terminará si nos envía una carta en la que nos diga que lo ha

cancelado. Si el Miembro fallece, un Representante autorizado también puede incluir el representante legal de su patrimonio.

Si elige un Representante autorizado que no sea un familiar:

- Debe enviarnos un nuevo permiso por escrito cada vez que desee que alguien lo represente.
- Debemos recibir este permiso por escrito antes de nuestro plazo para resolver su Apelación interna o Queja. Podemos ayudarle a escribir la carta. O podemos enviarle un formulario de permiso para que lo complete. Para recibir una copia del formulario, llame al Departamento de Servicios al Miembro.

Sección 11.3 ¿Qué es una apelación?

Una Apelación es algo que usted puede presentar si no está de acuerdo con una Acción adversa que tomamos.

Las Acciones adversas comunes que pueden justificar una Apelación incluyen:

- Rechazamos o entregamos Autorización limitada para un servicio que pidió su Proveedor. Esto incluye una decisión de que el servicio solicitado no es un Servicio cubierto.
- Reducimos, suspendimos o cancelamos un Servicio cubierto que autorizamos anteriormente.
- No proporcionamos Servicios cubiertos de forma oportuna dentro de los plazos establecidos en la Sección 5.7.
- No tomamos una decisión de Autorización previa dentro del plazo que se describe en la Sección 5.
- No actuamos dentro de los plazos de Apelación interna establecidos en este capítulo para revisar y enviar un aviso de decisión.

Existen dos niveles de Apelación disponibles:

- **El primer nivel** es una solicitud que nos hace para **que revisemos** una Acción adversa (negativa) que hemos tomado. Esto se denomina "Apelación interna".
- **El segundo nivel** es una solicitud que usted hace **a la Junta de Audiencias (BOH)** para que revise nuestra decisión de la Apelación interna. Se llama "Apelación externa" o una "Apelación de la Junta de Audiencias (BOH)".

Sección 11.4 ¿Qué es una Apelación interna?

Una Apelación interna es aquella que usted presente ante nosotros (para inquietudes de Salud conductual) si no está de acuerdo con una Acción adversa. Existen dos tipos de Apelaciones internas:

- Apelación interna estándar
- Apelación interna expedita (rápida)

En la mayoría de los casos, usted recibirá un aviso que le informe que se ha tomado una Acción adversa.

(Sin embargo, usted puede presentar una Apelación cuando se haya tomado una Acción adversa, incluso si no recibió una notificación de nuestra parte). Nuestra carta de Acción adversa le dirá sobre sus derechos de Apelación. Profesionales de atención médica que tienen la experiencia clínica adecuada y que no estuvieron involucrados en la Acción adversa original toman decisiones de Apelaciones internas.

Usted puede presentar una Apelación interna por escrito, por teléfono o en persona. Así es como presentar una Apelación interna:

Tipo de Apelación	Información de contacto
Para apelaciones médicas o de farmacia	Envíe por correo o por fax su Apelación por escrito a: WellSense Health Plan Attn: Member Appeals 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129 Fax: 617-897-0805
Para Apelaciones de Salud conductual	Envíe por correo o por fax su Apelación por escrito a: Appeals Coordinator WellSense Health Plan Attn: Member Service Department, Concierge Specialist 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA Fax: 781-994-7636
Para llamar y solicitar una Apelación verbal	Para Apelaciones médicas o de farmacia: llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 888-566-0010; o al Departamento de apelaciones al 617-748-6338, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Tipo de Apelación	Información de contacto
	<p>Para Apelaciones de Salud conductual: llame al Departamento de Servicios al Miembro de WellSense al 888-217-3501, de lunes a jueves, de 8:30 a. m. a 6 p. m. y los viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.</p>
<p>Para presentar una Apelación en persona</p>	<p>Visítenos en la dirección de abajo: WellSense Health Plan 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129</p>

Las secciones 11.5 y 11.6 le explican cómo presentar su Apelación interna.

Sección 11.5 Cómo y cuándo presentar una Apelación interna estándar

Debe presentar su Apelación interna estándar ante nosotros (para servicios de Salud conductual) en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito que se le envió sobre la Acción adversa (denegación). Si solicita una Apelación por teléfono o en persona, debe enviar una solicitud de Apelación por escrito firmada (a menos que la solicitud sea para una Apelación interna expedita (rápida). Consulte la Sección 11.6.

Puede nombrar a alguien para que presente una Apelación en su nombre. Esto incluye nombrar a su Proveedor o Representante autorizado. Para nombrar a alguien, debe enviarnos una carta que indique a quién desea nombrar.

- La fecha en la que nos llame para solicitar una Apelación verbal a una Acción adversa será la fecha de solicitud de la Apelación. Cuando recibamos su Apelación interna, un especialista le enviará una carta que indique que hemos recibido su Apelación. Nuestro personal trabajará para resolver su Apelación de inmediato.
- Usted podría perder su derecho a apelar si no presenta una Apelación interna en un plazo de 60 días calendario.
- Puede solicitar que los servicios o beneficios que recibe actualmente continúen mientras espera los resultados de la Apelación. Esto se llama "Continuación de los servicios". Para solicitar esto mientras espera, debe solicitar específicamente la Continuación de los servicios y presentar su Apelación interna ante nosotros en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que recibe nuestro aviso de Acción adversa. Su Proveedor no puede solicitar la Continuación de los servicios en su nombre.

¿Qué tan rápido recibirá una decisión de su Apelación interna estándar?

Resolveremos su Apelación interna estándar en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que la recibimos. Este es el caso a menos que el plazo se extienda. Usted o nosotros podemos extender el plazo hasta 14 días calendario. Le explicamos más sobre esto en la Sección 11.7.

Le notificaremos por escrito a usted sobre nuestra decisión.

Sección 11.6 Cómo y cuándo presentar una Apelación interna expedita (rápida)

Una Apelación interna expedita es cuando usted solicita que su Apelación se resuelva más rápido que el tiempo que demora la resolución de una Apelación interna estándar. Puede hacer esto si usted o su Proveedor consideran que esperar la resolución estándar pondría su salud en riesgo grave. Usted o su Proveedor pueden solicitar una Apelación interna expedita (rápida). Para presentarla, siga las instrucciones para presentar una Apelación interna estándar en la Sección 11.5 anterior. Cuando se comunique con nosotros, díganos que le gustaría presentar una Apelación interna expedita.

Nunca penalizaremos a un Proveedor que solicite o que respalde la Apelación interna expedita de un Miembro. En la mayoría de los casos, aceptaremos darle una Apelación interna expedita si su Proveedor lo solicita o lo respalda. Sin embargo, es posible que no aceptemos si la solicitud no está relacionada con su afección médica. Si su Proveedor no está involucrado en su solicitud, tenemos derecho a decidir si la Apelación se procesará como una Apelación interna expedita.

¿Qué tan rápido recibirá una decisión de su Apelación interna expedita (rápida)?

Si aceptamos su solicitud de una Apelación interna expedita, tomaremos una decisión tan pronto como su afección médica lo requiera. Pero nuestra decisión no se tomará más de 72 horas después de la fecha en que recibimos su solicitud, a menos que los plazos se extiendan como se indica en la Sección 11.7. Le notificaremos por escrito a usted sobre nuestra decisión. También trataremos de contactarlo por teléfono para informarle sobre la decisión. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación externa ante la Junta de Audiencias. (Consulte la Sección 11.13).

Si su solicitud no califica para una Apelación interna expedita, se lo haremos saber por escrito. Luego procesaremos su Apelación interna como una Apelación interna estándar dentro del plazo estándar de 30 días calendario que se indica en la Sección 11.5. Usted tiene derecho a presentar una Queja (Reclamación) si no está de acuerdo con nuestra decisión de no procesar su Apelación interna como una Apelación interna expedita. (Vea la Sección 11.15 que trata sobre cómo presentar una Queja).

Sección 11.7 ¿Pueden extenderse los plazos de la Apelación interna?

Usted puede pedir que se extiendan los plazos para resolver Apelaciones internas estándar o expeditas hasta 14 días calendario. Nosotros también podemos extender los plazos para resolver una Apelación interna hasta 14 días calendario si consideramos que sería beneficioso para su Apelación. Los motivos por los que podemos pedir que se extiendan los plazos incluyen:

- El tiempo adicional es conveniente para usted.
- Necesitamos más información que creemos que llevará a aprobar su solicitud.
- Creemos que la información que buscamos se nos enviará en un plazo de 14 días calendario.

Cuando elijamos extender un plazo, le enviaremos un aviso. Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una Queja. (Vea la Sección 11.15 que trata sobre cómo presentar una Queja).

Sección 11.8 ¿Cuándo podemos desestimar su Apelación interna?

Podemos desestimar (decidir no considerar) su Apelación interna si:

- Alguien más presenta una Apelación interna en su nombre y no recibimos su Autorización escrita para que esa persona actúe como su Representante autorizado antes de que venza el plazo para resolver su Apelación interna; No se requiere permiso por escrito cuando su Proveedor actúa como su Representante autorizado para una Apelación interna expedita; o
- Usted presentó una Apelación interna después del plazo en las secciones 11.5 y 11.6 (60 días calendario después del aviso de Acción adversa); o, si no recibió nuestro aviso de Acción adversa (por ejemplo, porque se mudó), usted presentó su Apelación interna más de 60 días después de enterarse de otra forma de la Acción adversa.

Le avisaremos si desestimamos su Apelación interna.

Sección 11.9 ¿Puede impugnar cuando desestimamos una Apelación interna?

Si cree que solicitó su Apelación interna en un plazo de 60 días calendario y tiene prueba de su solicitud, tiene derecho a:

- Impugnar que hayamos desestimado su Apelación; y

- Solicitarnos que sigamos adelante con su Apelación.

Para hacerlo, puede enviarnos una carta en un plazo de 10 días calendario a partir del aviso de desestimación. En la carta, puede pedirnos que consideremos la desestimación. Revisaremos su solicitud. Luego, le notificaremos nuestra decisión.

Sección 11.10 Continuación de los servicios durante su proceso de Apelación interna

Si su Apelación interna involucra una decisión de nuestra parte de cambiar un servicio que autorizamos en el pasado, incluso una decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio, seguiremos cubriendo los servicios solicitados durante el proceso de Apelación interna si presenta su apelación en el plazo de 10 días calendario a partir de fecha de la Carta de acción adversa. Esto se llama "Continuación de los servicios". Si desea recibir Continuación de los servicios debe:

- Presentar su solicitud de Apelación interna (estándar o expedita) en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta de Acción adversa. Esta es la carta que le enviamos para explicarle que hemos decidido cambiar un servicio que autorizamos en el pasado; y
- Indicar en su solicitud que desea recibir la Continuación de los servicios.

Sección 11.11 Sus derechos durante su proceso de Apelación interna

Le daremos posibilidad razonable de presentar evidencia en persona y por escrito. Esto incluye hecho y derecho sobre su caso. También le permitiremos acceder a sus archivos antes y durante el proceso de Apelación interna. También podemos ayudarlo con un intérprete o servicios de traducción durante el proceso de Apelación interna. No tiene costo.

¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión respecto a su Apelación interna?

Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una Apelación externa ante la Junta de Audiencias (BOH). Consulte la Sección 11.13.

Sección 11.12 ¿Qué sucede si no resolvemos su Apelación interna dentro de los plazos establecidos?

Si no tomamos una decisión respecto a su Apelación interna dentro de los plazos requeridos, puede presentar una Apelación externa ante la BOH. Consulte la Sección 11.13.

Sección 11.13 ¿Cómo presentar una Apelación externa ante la Junta de Audiencias (BOH)

Usted no puede solicitar una Apelación externa ante la Junta de Audiencias sin pasar primero por nuestro proceso de Apelaciones interna, como se indica arriba. Si usted no está satisfecho con los resultados de su Apelación interna, tiene el derecho a solicitar una Apelación interna ante la BOH. La BOH está dentro de la Oficina de Medicaid del estado. Si quiere que la BOH le dé una audiencia expedita (rápida), debe presentar un formulario de Solicitud de audiencia imparcial ante la BOH en un plazo de 20 días calendario después de nuestra decisión de Apelación interna expedita. De lo contrario, tendrá 120 días calendario a partir de nuestra decisión de la Apelación interna para presentar una audiencia estándar antes la BOH.

Tenga en cuenta: Si presenta su solicitud entre 21 y 120 días calendario a partir de la fecha de nuestra decisión de la Apelación interna, la BOH procesará su Apelación externa en su plazo estándar.

La carta que le enviemos para informarle nuestra decisión de su Apelación interna incluirá el formulario (y otra información) que necesitará para presentar su solicitud de una Apelación externa ante la BOH si elige hacerlo.

Después de presentada la Apelación ante la BOH, usted recibirá una copia sin costo del expediente de su caso antes de la audiencia. Usted puede llevar testigos, presentar testimonio y evidencia y hacerles preguntas a otros testigos en esta audiencia. El personal de la BOH programará las audiencias.

También se aplican las siguientes reglas:

- Si la BOH revierte nuestra decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o cancelar servicios que no se proporcionaron durante el proceso de Apelación interna o Apelación externa, aprobaremos los servicios tan pronto como su afección médica lo requiera. En cualquier caso, aprobaremos los servicios a más tardar 72 horas después de la fecha en que recibimos el aviso de la BOH de revertir nuestra decisión.
- Si recibe "Continuación de los servicios" durante el transcurso de una Apelación interna y la Apelación ante la BOH, pagaremos esos servicios.

Sección 11.14 Cómo solicitar la continuación de los servicios durante una Apelación externa ante la Junta de Audiencias (BOH)

Si su Apelación ante la BOH involucra una decisión de nuestra parte de cambiar un servicio que autorizamos en el pasado, incluso una decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio, puede elegir recibir los servicios solicitados durante el proceso de Apelación ante la

BOH. Esto se llama "Continuación de los servicios". Si desea recibir Continuación de los servicios durante el proceso de Apelación ante la BOH, debe presentar su Apelación ante la BOH en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta que le explica nuestra decisión respecto a su Apelación. Si no desea continuar recibiendo los servicios solicitados durante su Apelación ante la BOH, debe marcar la Casilla A en la Sección III del formulario de Solicitud de audiencia imparcial ante la BOH.

Siempre que apela nuestra decisión de denegar, reducir, limitar, suspender o cancelar servicios de atención médica, tiene derecho a la Continuación de los servicios durante el transcurso de su Apelación interna y Apelación ante la BOH.

Si continuamos sus servicios durante el proceso de Apelación ante la BOH, WellSense debe seguir cubriendo esos servicios hasta que ocurra uno de los siguientes:

- Usted retira su Apelación ante la BOH, por escrito;
- La BOH toma una decisión que no es favorable para usted; o
- La aprobación original de los servicios expira (finaliza) o se alcanzan los límites de los servicios.

Sección 11.15 Cómo presentar una Queja (Reclamación) y qué esperar después de hacerlo

¿Qué es una Queja (Reclamación)?

Usamos las palabras Queja y Reclamación para decir lo mismo. Usted puede presentar una Queja ante nosotros en cualquier momento si no está satisfecho con nosotros o con un Proveedor por cualquier motivo. (Nota: Las Acciones adversas descritas en la Sección 11.2 son Apelaciones, no Quejas). Estos son algunos tipos comunes de quejas:

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención o los servicios que recibe.
- Usted no está satisfecho con la forma en que nuestro personal o Proveedores de la red lo han tratado.
- Extendimos el plazo para decidir una solicitud de Autorización previa o una Apelación interna y usted no está de acuerdo con esta decisión.
- No aprobamos su solicitud de una Apelación interna expedita (rápida), la procesamos como una Apelación interna estándar y usted no está de acuerdo con esta decisión.
- Considera que nuestro personal o un Proveedor de la red no respetó sus derechos.

Cómo presentar una Queja (Reclamación)

Usted puede presentar una Queja por escrito, por teléfono o en persona. A continuación le decimos cómo hacerlo:

Para presentar una Queja	Información de contacto
Por escrito o por fax	<p>Para todas las Quejas médicas: WellSense Health Plan–MassHealth Attn: Member Grievances 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129</p> <p>Fax: 617-897-0805</p> <p>Para todas las Quejas de Salud conductual: WellSense Health Plan Attn: Member Service Department, Concierge Specialist 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129</p> <p>Fax: 781-994-7636</p>
Por teléfono	<p>Para todas las Quejas médicas: Para presentar una Queja (Reclamación) por teléfono, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 888-566-0010.</p> <p>Para todas las quejas de Salud conductual: Llame a WellSense al 888-217-3501</p>
En persona	<p>Para presentar una queja médica en persona, visítenos en: WellSense Health Plan 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129</p> <p>Para presentar una Queja de Salud conductual en persona, visítenos en: WellSense Health Plan Attn: Member Service Department, Concierge Specialist 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129</p>

Para presentar una Queja

Información de contacto

Directamente ante MassHealth

Llame al Departamento de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 800-497-4648), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

¿Cuándo podemos desestimar su Queja (Reclamación)?

Podemos desestimar su Queja si alguien más la presenta en su nombre y no recibimos su autorización para que esa persona fuera su Representante autorizado antes de que nuestro plazo de 30 días calendario para resolver su Queja expirara. Si esto sucede, le enviaremos una carta para decirle que no consideraremos su Queja.

¿Cuánto demoraremos en responder su Queja (Reclamación)?

Una vez que recibamos su Queja, le enviaremos una carta en un plazo de un día hábil para decirle que la recibimos. Comenzaremos a trabajar de inmediato para abordar su Queja. Le enviaremos una respuesta por escrito en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su Queja.

¿Qué debe hacer si no habla inglés?

Le ayudaremos con un intérprete o servicios de traducción sin costo durante el proceso de Queja. Si tiene preguntas sobre el proceso de Queja, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro.

Capítulo 12: Finalizar su membresía al Plan ACO

Solo hay determinados momentos en los que su membresía al Plan ACO puede terminar.

Cuando ya no califica para MassHealth (Cancelación de la inscripción por pérdida de elegibilidad)

Si ya no es elegible para la cobertura de MassHealth, MassHealth cancelará su inscripción a nuestro Plan ACO. Esto significa que ya no podrá tener cobertura del Plan ACO a partir de la fecha de cancelación de la inscripción de MassHealth. Si pierde su cobertura de MassHealth, debe comunicarse con MassHealth si desea comenzar el proceso de inscripción nuevamente.

- Si MassHealth vuelve a inscribirlo en un plazo de 6 meses después de la fecha de cancelación de su inscripción, lo colocará en el mismo plan de salud que estaba antes de la cancelación.
- Si MassHealth vuelve a inscribirlo después de 6 meses de la fecha de cancelación de su inscripción, lo colocará en el mismo plan de salud que estaba antes de la cancelación o en un plan de salud de MassHealth diferente.

Cuando usted decide que quiere finalizar su membresía a nuestro Plan ACO (cancelación voluntaria de la inscripción)

Usted puede elegir finalizar su inscripción al Plan ACO. Esto se llama "cancelación voluntaria de la inscripción". Para cancelar su inscripción al Plan ACO, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth. La cancelación voluntaria de la inscripción por lo general comienza un día hábil después de que recibimos la notificación de MassHealth. Existen distintas reglas para la cancelación voluntaria de la inscripción durante distintos momentos del año:

Cancelación voluntaria de la inscripción durante el "Período de selección de plan"

La mayoría de los Miembros tiene un período de 90 días en el que pueden elegir cambiar de plan de salud por cualquier motivo. Esto se llama "Período de selección de plan". MassHealth le enviará una carta. La carta le dirá cuándo comienza y termina este período.

Para cancelar su inscripción al Plan ACO durante este período, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth. Su cobertura continuará hasta que se cancele su inscripción.

Cancelación voluntaria de la membresía durante el "Período de inscripción fijo"

Cuando su "Período de selección de plan" ha terminado, no podrá cambiar de salud hasta el siguiente Período de selección de plan a menos que se aplique alguno de los siguientes motivos y MassHealth apruebe. Esto se llama "Período de inscripción fijo".

- Se muda fuera del Área de servicio del Plan ACO.
- Nosotros no cubrimos el servicio que necesita por motivos morales o religiosos.

Necesita servicios relacionados que deben realizarse al mismo tiempo; los servicios relacionados no están disponibles dentro de nuestra Red de Proveedores y su PCP u otro Proveedores determina que recibir estos servicios por separado podría causarle un riesgo innecesario.

- Usted recibe atención de mala calidad.
- No puede acceder a Servicios cubiertos.
- No puede acceder a Proveedores con experiencia en el manejo de sus necesidades de atención médica.
- Ya no tenemos contrato con MassHealth en su Área de servicio.
- Usted le demuestra a MassHealth que no le hemos dado acceso a Proveedores que satisfagan sus necesidades de atención médica, incluso después de que solicitó asistencia.
- Es indigente, los registros de MassHealth indican que es indigente y no podemos satisfacer sus necesidades en su área.
- Usted le demuestra a MassHealth que hemos violado una disposición importante de nuestro contrato con MassHealth.
- MassHealth nos impone una sanción que les permite a nuestros Miembros cancelar su inscripción a nuestro Plan ACO sin motivo.
- Usted le demuestra a MassHealth que no satisfacemos sus necesidades de idiomas, comunicación u otras preferencias o necesidades de accesibilidad.
- Usted le demuestra a MassHealth que sus Proveedores, incluidos PCP, Especialistas o Proveedores de Salud conductual han abandonado la red de proveedores del Plan ACO.

Cancelación voluntaria de la inscripción en cualquier momento para algunos miembros

Los siguientes Miembros del Plan MCO no tienen un Período de selección de plan o Período de inscripción fijo. Eso significa que pueden cancelar su inscripción a nuestro Plan ACO en cualquier momento por cualquier motivo:

- Niños bajo cuidado o custodia del Departamento de Niños y Familias (DCF)
- Jóvenes bajo cuidado o custodia del Departamento de Servicios para la

Juventud (DYS)

- Recién nacidos y niños menores de 1 año

Cancelación involuntaria de la inscripción

No podemos pedirle a un Miembro que abandone nuestro Plan ACO por algún motivo relacionado con: la salud de un Miembro; el uso de servicios médicos; disminución de la capacidad mental; o comportamiento perturbador o no cooperador debido a necesidades especiales. Sin embargo, es posible que haya casos en los que podemos pedirle a MassHealth que nos permita cancelar de manera involuntaria la inscripción de un miembro. MassHealth es el único que puede decidir aprobar nuestra solicitud. Si se le da de baja involuntariamente, MassHealth se comunicará con usted.

Tenga en cuenta que usted todavía está inscrito en WellSense, y nosotros le proporcionaremos sus servicios cubiertos hasta que MassHealth le notifique de una Cancelación de inscripción involuntaria.

Capítulo 13: Aviso de prácticas de privacidad

Este Aviso describe la forma en que se puede utilizar y comunicar la información sobre su salud y cómo usted puede obtener esta información. Revise este Aviso de prácticas de privacidad cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro. El Aviso de prácticas de privacidad está en vigencia desde el 23 de septiembre de 2013. 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 (PHI) es información médica, incluida la información que lo identifique individualmente, relacionada con su afección de salud conductual o física usada para proporcionarle atención médica o para pago de servicios de atención médica.

Por ley, estamos obligados a:

- Mantener la privacidad y confidencialidad de su Información de salud protegida.
- Entregarle este Aviso de prácticas de privacidad.
- Cumplir con las prácticas en 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 de prácticas de privacidad, no podemos utilizar ni compartir su Información de salud protegida sin su permiso por escrito y usted puede cancelar su permiso en cualquier momento al enviarnos un aviso escrito. Nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso de prácticas de privacidad y a hacer que el aviso revisado cobre vigencia para cualquier parte de su Información de salud protegida actual o futura. Usted tiene derecho a recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad que está vigente actualmente.

Podemos usar y comunicar su Información de salud 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 terapeuta físico 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 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 el Manejo del Cuidado médico:** Para operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su PHI para apoyar nuestras actividades comerciales normales. Por ejemplo, podemos usar su información para Manejo de Cuidado, 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 comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de sus citas o de resurgido de sus medicamentos, o información sobre otras opciones o alternativas posibles de tratamiento u otros beneficios relacionados con su salud o servicios que puedan ser de su interés.

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 o servicios. 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 y 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 su PHI a una entidad pública o privada autorizada

para propósitos de mitigación de desastres. 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 comunicar a la FDA, o a personas bajo la jurisdicción de la FDA, su PHI en lo que se refiere a acontecimientos adversos con medicamentos, alimentos, suplementos y otros productos e información de marketing para apoyar la retirada, reparación o sustitución de productos.

Actividades de supervisión de la salud: podemos comunicar su PHI a organismos de supervisión sanitaria estatales o federales autorizados para supervisar el sistema de atención médica o los programas gubernamentales, o a sus contratistas, para actividades autorizadas por la ley, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión 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 del tribunal o administrativa. 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 de edad: podemos divulgar la 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 usted tiene un representante personal, como un tutor legal (o un albacea o administrador de su herencia después de su fallecimiento), nosotros trataremos a esa persona como si esa persona fuera usted con respecto a las divulgaciones de su PHI.

Salud y seguridad pública: podemos compartir su PHI para actividades legalmente permitidas. 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 la oportunidad de objetar y excluirse de la Recaudación de fondos: Podemos utilizar su PHI para recaudar fondos. 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.

Protecciones especiales para información sobre VIH, consumo de alcohol y 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 de salud protegida

Derecho a acceso y copia: usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI. Para hacerlo, debe presentar una solicitud por escrito al oficial de privacidad de WellSense. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su expediente, por lo general en un plazo de 30 días. Podemos pedirle que pague una tarifa para cubrir los costos de entregarle esa PHI y cierta información que pudiera no estar fácilmente disponible previa al 1 de julio de 2002. Podemos rechazar su petición de inspección y copia en ciertas circunstancias limitadas.

Derecho a una copia electrónica de PHI: tiene el derecho de exigir que una copia electrónica de su información de salud 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: estamos obligados a notificarle por correo de primera clase acerca de cualquier violación de su PHI que no esté asegurada, tan pronto como sea posible, pero a más tardar 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 la violación de seguridad y la fecha en la que fue descubierta;
- 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 a modificar: si usted considera que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Debe solicitar la corrección por escrito al oficial de privacidad de WellSense 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. 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 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, 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 solicitar comunicación confidencial: tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted acerca de temas médicos solamente por escrito o en una residencia o apartado de correos diferente. Para solicitar una comunicación confidencial, debe llenar y presentar una Solicitud de comunicación confidencial al oficial de privacidad de WellSense. Su petición deberá especificar cómo o dónde desea ser contactado. Admitiremos todas las solicitudes razonables.

Derecho a recibir el Aviso de prácticas de privacidad: tiene el derecho de recibir una copia en papel 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.

Asistencia para preparar documentos escritos: WellSense le entregará ayuda para preparar cualquiera de las peticiones explicadas en este Aviso que deban ser enviadas por escrito. Esto no tendrá costo para usted.

Su autorización escrita se requiere 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 una reclamación en nuestra oficina, comuníquese con:

Privacy Officer

WellSense Health Plan

100 City Square Suite 200

Charlestown, MA 02129

O bien, puede llamar al 617-748-6325, de lunes a viernes, entre las 8 a. m. y las 6 p. m.

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. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja acerca de nuestras prácticas de privacidad, ya sea ante la OCR o ante nosotros.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener una copia de este Aviso de prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro.

Método	Nuestro Departamento de Servicios al Miembro - Información de contacto
Por teléfono	888-566-0010 (inglés y otros idiomas) 888-566-0012 (español) Horario: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Departamento de Servicios al Miembro ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	Para personas con dificultades auditivas: 711 (TTY/TDD) (operador de retransmisión) Este número requiere equipo telefónico especial. Solo es para personas con problemas de la audición o del habla. Las llamadas son gratuitas.
Fax	617-897-0884

Método	Nuestro Departamento de Servicios al Miembro - Información de contacto
Por escrito	WellSense Health Plan Attn: Member Service Department 100 City Square, Suite 200 Charlestown, MA 02129 MemberQuestions@wellsense.org
Sitio web	wellsense.org

Capítulo 14: Aviso sobre no discriminación y Requisitos de accesibilidad y Declaración de no discriminación

Cumplimos con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, excluye personas o las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, fundamentos morales o religiosos o conocimiento limitado del idioma inglés.

Proporcionamos ayuda gratuita y servicios a las personas con discapacidades para comunicarse con nosotros, como:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idioma gratuito a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro. Consulte el Capítulo 2 para obtener la información de contacto.

Si cree que no hemos prestado estos servicios o le discriminó de alguna forma debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, fundamentos morales o religiosos, o conocimiento limitado del idioma inglés, puede presentar una reclamación a:

WellSense Health Plan

Attn: Civil Rights Coordinator

100 City Square, Suite 200

Charlestown, MA 02129

Teléfono: 888-566-0010 (TTY/TDD 711)

Fax: 617-897-0805

Correo electrónico: MemberQuestions@wellsense.org

Puede presentar una Queja (Reclamación) en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una Queja (Reclamación), nuestro Departamento de Servicios al Miembro está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Para hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, ingrese a ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

O presente la queja por correo electrónico o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

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

Los formularios de quejas también están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Capítulo 15: Otra información importante del Plan ACO

Sección 15.1 Estructura y operaciones de WellSense

A continuación incluimos información sobre nosotros:

- “WellSense” es el nombre comercial de la entidad legal Boston Medical Center Health Plan, Inc. Otra marca registrada es “WellSense Health Plan”.
- Somos una corporación exenta de impuestos 501(c)(3) sin fines de lucro de Massachusetts.
- Contamos con la licencia de la División de Seguros de Massachusetts como una organización de mantenimiento de la salud (health maintenance organization, HMO).
- Somos una organización de atención administrada de Medicaid.
- Nuestra oficina corporativa está ubicada en Charlestown, MA.
- Somos parte de una familia de compañías que incluye Boston Medical Center.
- Tenemos una Junta de Fideicomisarios. Dicha junta nos supervisa.
- Tenemos contrato con otras compañías. Ellas nos ayudan con nuestros planes ACO. Por ejemplo:
- Express Scripts ayuda con servicios de farmacia.
- Tenemos contrato con MassHealth.
- Nos asociamos con organizaciones de atención responsable para ofrecer nuestros Planes ACO.
- Ofrecemos programas de cobertura de salud además de la cobertura de MassHealth:
- Ofrecemos un plan Senior Care Options para personas de la tercera edad y planes de salud calificados (Qualified Health Plans).
- En New Hampshire, ofrecemos un plan de Medicaid.

Para obtener más información sobre nosotros, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Sección 15.2 Programa de mejora de la calidad

El objetivo del programa de calidad de WellSense es asegurar que nuestros Miembros tengan acceso a atención médica de alta calidad, información de salud y servicios. WellSense trabaja para ayudar a los Miembros a mejorar su estado de salud física y conductual.

Algunos ejemplos de actividades del programa de calidad incluyen medir y registrar el desempeño del Plan en medidas de atención médica, además del desarrollo y la distribución de normas y pautas clínicas en áreas como atención preventiva, satisfacción del miembro y acceso a citas.

Sección 15.3 Pautas de práctica clínica

Tenemos Pautas de práctica clínica (Clinical Practice Guidelines, CPG). Las CPG son herramientas que recomiendan la mejor atención para afecciones médicas y salud preventiva. Los Proveedores de la red utilizan las CPG para garantizar que los Miembros reciban la atención correcta de la forma correcta, por ejemplo, para recomendar pruebas y evaluaciones para manejar su salud. Recibimos las CPG de organizaciones de salud profesionales o trabajamos con otros para desarrollar las CPG. Compartimos las CPG con toda nuestra red de Proveedores. También puede pedirnos una copia de nuestras CPG actuales. Para hacerlo, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Sección 15.4 Gestión de la utilización (UM)

La Gestión de la utilización (Utilization Management, UM) es el proceso que usamos para asegurarnos de que la atención que recibe sea "Médicamente necesaria". Esto significa atención adecuada cuando y donde la necesita. Nuestra UM incluye:

- Revisión antes del servicio
- Revisión urgente o continua
- Revisión después del servicio

La UM examina las necesidades clínicas, la aptitud y la eficiencia de:

- Servicios e insumos
- Equipos y medicamentos
- Procedimientos y establecimientos

Tomamos decisiones con base en criterios desarrollados a partir de investigación científica y médica. Los criterios se desarrollan a partir de opiniones de los Proveedores. Este proceso y los criterios apoyan el uso correcto de los servicios. Esto ayuda a darles a nuestros Miembros

los mejores resultados de salud. No recompensamos a nadie a cargo de tomar decisiones por negar la cobertura de un servicio. No les ofrecemos dinero para alentarlos a que no aprueben cobertura. Las decisiones de UM se basan únicamente en si la atención es adecuada y la existencia de cobertura.

Para obtener más información sobre UM, llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Fuera del horario de atención, deje un mensaje o envíe un fax. Todos los mensajes se leerán el siguiente día hábil. Servicios al Miembro también puede ponerlo en contacto con nuestro personal clínico para hablar sobre el proceso de UM.

Sección 15.5 Revisión de nuevas tecnologías

Revisamos nuevas tecnologías y nuevos usos de tecnologías actuales. Lo hacemos para decidir si son seguros y eficaces. Luego, decidimos si las cubriremos. Estas tecnologías pueden incluir:

- Un tratamiento o procedimiento médico
- Un dispositivo, prueba, medicamento o producto biológico

Nuestra revisión incluye:

- Obtener asesoramiento de expertos que conozcan la tecnología o afección médica
- Evaluar investigación médica confiable
- Revisar informes de agencias públicas
- Revisar normas de atención de grupos médicos nacionales y otras fuentes confiables

La información se presenta luego a nuestros comités internos. Estos incluyen médicos y otros Proveedores (como farmacéuticos). Estos comités toman decisiones finales respecto a su cobertura la nueva tecnología o un uso nuevo de una tecnología actual.

Sección 15.6 Planes de incentivos para médicos

Podemos entregarle un resumen por escrito de nuestros planes de incentivos para médicos. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, al 888-566-0010 (inglés/otro idioma), 888-566-0012 (español) o TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Capítulo 16: Definiciones de términos importantes

Acción adversa: Las siguientes acciones (o inacciones) de nuestra parte:

- Rechazar o entregar autorización limitada para un servicio que pidió su proveedor de atención médica.
- Reducir, suspender o cancelar la cobertura de un Servicio cubierto previamente autorizado.
- Rechazar, total o parcialmente, el pago por un servicio.
- No proporcionar Servicios cubiertos de forma oportuna.
- No tomar una decisión de Autorización previa dentro del plazo que se describe en la Sección 5.7.
- No actuar dentro de los plazos que se describen en el Capítulo 11.
- La transferencia involuntaria de un miembro a un PCP diferente, excepto según lo indicado en este documento.

Administración de la población (también Salud poblacional): la administración de la población es un enfoque a la salud dirigido a mejorar la salud de toda la población y reducir la atención inconsistente entre grupos de la población.

Administrador de la atención/Administrador de la atención clínica: Una persona empleada por el Plan o el PCP del Miembro para proporcionar manejo de cuidado clínico, incluida la supervisión, el seguimiento, la coordinación de la atención y la administración clínica de los Miembros de alto y creciente riesgo.

Agencia de Servicios Comunitarios (CSA): Una organización comunitaria proveedora de Salud conductual cuya función es facilitar el acceso al continuo de servicios de Salud conductual, mediante la provisión de una vía organizada de atención cuando el niño es derivado para la Coordinación de la atención intensiva o el Tratamiento familiar intensivo. Un mecanismo principal a través del cual las CSA es actuar como proveedor de los servicios de Coordinación de la atención intensiva, Servicios de apoyo y capacitación familiar y Tratamiento familiar intensivo, los cuales son servicios de Salud conductual (BH) cubiertos.

Año de beneficios: el período anual durante el que se aplican los límites a los beneficios. Para 2023, el Año de beneficios comienza el 1 de abril de 2023 y termina el 31 de diciembre de 2023. A partir de ahí, los Años de beneficios comienzan el 1 de enero y terminan el 31 de diciembre.

Apelación externa (o Apelación ante la Junta de Audiencias (BOH): una Apelación que usted presenta ante la BOH de la Oficina de Medicaid.

Apelación de la Junta de Audiencias (BOH): vea "Apelación externa".

Apelación interna estándar: una apelación interna que nosotros decidimos en un plazo estándar. (Una apelación interna expedita (rápida) es un proceso más rápido).

Apelación interna expedita (rápida): Un proceso de Apelación de 72 horas. Es un proceso más rápido que una Apelación interna estándar.

Apelación interna: una solicitud verbal o por escrito para que revisemos una Acción adversa. Pueden ser Apelaciones internas estándar o expeditas (rápidas).

Apelación: Una Apelación es algo que usted puede presentar si no está de acuerdo con una Acción adversa que tomamos. Por ejemplo, puede apelar si tomamos una decisión de no cubrir un servicio que cree que deberíamos cubrir. Consulte el Capítulo 11.

Apoyos de pares: Actividades para apoyar la recuperación y rehabilitación proporcionadas por otros usuarios de servicios de salud conductual.

Área de servicio: un grupo de ciudades y pueblos en Massachusetts en los que aceptamos Miembros para que se inscriban en nuestro Plan ACO. Cada Plan ACO tiene su propia Área de servicio. Usted debe vivir en el Área de servicio de su Plan ACO.

Atención administrada de MassHealth: La provisión de Atención primaria, Salud conductual y otros servicios a través de una ACO, MCO o del Plan PCC para todos los Miembros elegibles para atención administrada menores de 65 años, según los requisitos estatales y federales.

Atención de rutina: atención que no es atención de urgencia o emergencia. Algunos ejemplos incluyen exámenes físicos, atención preventiva y visitas de atención de niño sano.

Atención de urgencia: Atención médica que se requiere rápidamente para prevenir un empeoramiento de la salud debido a síntomas que una persona razonable creería que no son una emergencia, pero que requiere atención médica. La Atención de urgencia no incluye atención de rutina, electiva o preventiva.

Atención posestabilización: atención recibida justo después de recibir atención de emergencia. Esta atención se proporciona para mantener la afección del miembro estabilizada. En algunos casos, es para mejorar o resolver la afección.

Atención urgente de Salud conductual: Citas el mismo día o al día siguiente para evaluación o valoración para nuevos clientes y citas urgentes para clientes existentes; citas de psicofarmacología y Tratamiento asistido con medicamentos (MAT) ahora conocido como Medicamentos para el trastorno por uso de opiáceos (MOUD); y disponibilidad adicional fuera del horario laboral entre las 9 a. m. y las 5 p. m., por ciertos Centros de Salud Mental (MHC).

Autorización previa: Aprobación que damos con anticipación a su Proveedor. Esta

aprobación permite la cobertura de algunos servicios.

Autorizar o Autorización: vea Autorización previa.

Ayudas de Salud conductual para personas implicadas en la justicia (BH-JI): Apoyos BH-JI que ayudan a los Miembros con implicación en la justicia, incluidos aquellos miembros que están actualmente encarcelados o detenidos en un centro correccional, liberados de una institución correccional en el plazo de un año, o que están bajo la supervisión del Servicio de Libertad Condicional de Massachusetts o de la Junta de Libertad Condicional de Massachusetts, a acceder a los servicios de atención médica, y principalmente a los servicios de salud conductual.

Cancelar la inscripción: El proceso de terminar su membresía a su Plan ACO. La cancelación de la inscripción puede ser:

- Voluntaria (su propia elección); o
- Involuntaria (no lo decide usted) Consulte el Capítulo 12.

Centro Comunitario de Salud Mental (CBHC): Un centro comunitario integral de salud conductual que ofrece servicios de crisis, urgentes y rutinarios para trastornos por consumo de sustancias y salud mental, coordinación de la atención, apoyo entre iguales y detección y coordinación con la atención primaria. Un CBHC proporcionará acceso a servicios en el mismo día y al día siguiente, y un horario de servicio ampliado que incluye noches y fines de semana. Un CBHC debe prestar servicios a adultos y jóvenes, incluidos bebés y niños pequeños, y a sus familias. Los servicios CBHC incluyen Intervención Móvil en Crisis para Adultos (AMCI), una Intervención Móvil en Crisis para Jóvenes (YMCI), Estabilización Comunitaria en Crisis para Adultos (CCS) y Estabilización Comunitaria en Crisis para Jóvenes (YCCS).

Centros de Recursos Familiares (Family Resource Centers, FRC) de Massachusetts: Una red estatal que proporciona servicios para fortalecer a las familias y mantenerlas conectadas con los recursos dentro de su propia comunidad. Estos son los FRC en cada condado en el estado. Los FRC ayudan a las familias a acceder a ayudas para la vivienda y el empleo, así como a servicios de atención médica y de salud conductual. También ofrecen apoyo escolar, ayuda con el cuidado de los niños y el transporte, y proporcionan equipamiento, ropa, alimentos y otras ayudas a las familias.

Competencia cultural y lingüística: Competencia, comprensión y concienciación con respecto a los Servicios cultural y lingüísticamente apropiados.

Consulta: cualquier pregunta verbal o por escrito que un miembro tiene sobre nuestras operaciones. No incluye una Queja (Reclamación).

Continuación de los servicios: el proceso de seguir recibiendo cobertura durante una Apelación interna o Apelación ante la BOH por Servicios cubiertos que autorizamos

previamente.

Continuidad de la atención: un proceso que ayuda a asegurar que los Miembros no tengan interrupciones en servicios de atención médica. Esto se puede aplicar a cuando un miembro cambia de plan de salud o cuando hay cambios de Proveedores. Consulte la Sección 3.10.

Coordinador de atención: Un clínico basado en el proveedor u otro individuo capacitado que es empleado o contratado por el Plan o el PCP de un Miembro. Proporcionarán actividades de coordinación de la atención, que incluyen derivaciones e intercambio de información útil sobre el paciente; obtención de información precisa sobre servicios distintos de los prestados por el PCP; participación en la Evaluación integral del afiliado, si la hubiera; y apoyo a las transiciones seguras en la atención de los afiliados que se trasladan de un centro a otro de acuerdo con el programa de Manejo de cuidado de transición del Plan. El Coordinador de la atención puede integrar uno o más equipos de atención, coordina y facilita reuniones y otras actividades de estos Equipos de atención.

Copago: un monto fijo que es posible que deba pagar como parte del costo de un Servicio cubierto. Tenga en cuenta que, a partir del 1 de abril de 2024, no hay copagos para ningún Servicio cubierto.

Criterios de Necesidad médica de los Servicios CBHI: Los criterios utilizados para determinar la cantidad, duración o alcance de los servicios para garantizar la prestación de Servicios CBHI que sean Médicamente necesarios.

Cuidados paliativos: un paquete de servicios para pacientes con enfermedades terminales. Algunos ejemplos incluyen:

- Enfermería
- Servicios médicos sociales
- Servicios médicos
- Consejería
- Medicamentos
- Equipo médico duradero

Decisión de la Apelación interna final: La revisión final del Contratista con respecto a una Apelación interna estándar o expedita.

Departamento de Servicios al Miembro: Un departamento dentro de WellSense. Nuestro personal puede responder sus preguntas sobre el Plan ACO. Por ejemplo, preguntas sobre:

- Su membresía
- Servicios cubiertos

- Proveedores de la red
- Quejas (reclamaciones) y Apelaciones Consulte el Capítulo 2.

Doblemente elegible: Personas determinadas como elegibles tanto para Medicaid como para Medicare.

Emergencia: una afección que es física o mental; y que tiene síntomas tan graves, que incluyen dolor intenso, que cualquier persona con conocimiento promedio de salud podría esperar razonablemente que sea tan grave que, de no recibir atención médica inmediata, podría tener como consecuencia un peligro grave para su salud.

Este peligro puede incluir:

- Un daño grave a las funciones del organismo
- falla grave de un órgano o de una parte del cuerpo;
- En el caso de una embarazada en trabajo de parto activo, significa el trabajo de parto en un momento en el que no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto, o el traslado puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para su bebé en gestación.

Encarcelado: Individuos o Miembros cuya libertad de movimiento está restringida al nivel en el que se les considera reclusos según la política de CMS y que están bajo custodia en (1) correccionales o cárceles del condado; (2) instalaciones del Departamento Correccional (DOC); o (3) ciertas instalaciones o programas del Departamento de Servicios para la Juventud (DYS).

Enfermedad mental grave y persistente (SPMI): Enfermedad mental que incluye un trastorno sustancial del pensamiento, del estado de ánimo o de la percepción, que afecta gravemente al juicio, al comportamiento, a la capacidad de reconocer la realidad o a la capacidad de satisfacer las exigencias ordinarias de la vida; y es la causa principal de un deterioro funcional que interfiere sustancialmente o limita el desempeño de una o más actividades importantes de la vida, y se espera que lo haga en el año siguiente; y cumple los criterios diagnósticos especificados en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.^a ed., revisión del texto) American Psychiatric Association, Washington, DC (2000), que indica que el individuo padece una enfermedad mental grave y prolongada que no se basa en síntomas causados principalmente por: (a) trastornos del desarrollo generalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez o la adolescencia, como el retraso mental o los trastornos generalizados del desarrollo; o (b) trastornos cognitivos, incluidos el delirio, la demencia o la amnesia; o (c) trastornos mentales debidos a una afección médica general no clasificada en otra parte; o (d) trastornos relacionados con sustancias.

Equidad de salud: La oportunidad de que todos alcancen su potencial de salud por

completo. Independientemente de su posición social (por ejemplo, estatus socioeconómico) o circunstancia socialmente asignada (por ejemplo, raza, identidad de género/expresión de género, etnia, condición de discapacidad, religión, orientación sexual, geografía, discapacidad, lengua, etc.).

Equipo de atención: Un equipo multidisciplinario responsable de coordinar determinados aspectos de la atención de un miembro.

Equipo médico duradero (DME): determinado equipo médico que su médico indica por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores y sillas de ruedas.

Especialista: un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Algunos ejemplos incluyen: cardiólogos (médicos que tratan el corazón) y obstetras (para embarazadas).

Evaluación de necesidades de atención (CNS): Un formulario que los Miembros completan sobre su salud. Nos ayuda a proporcionar la atención adecuada a nuestros Miembros.

Evaluación integral: Una evaluación centrada en la persona de las necesidades de atención, las necesidades funcionales, las necesidades de accesibilidad, los objetivos, etc. del Afiliado.

Express Scripts: La compañía con la que tenemos contrato para administrar beneficios de medicamentos. También administra una red de farmacias. Consulte el Capítulo 6.

Fecha de entrada en vigencia: La fecha en que una persona:

- Se convierte en Miembro del Plan ACO; y
- Es elegible para recibir Servicios cubiertos.

Formulario: Consulte "Lista de medicamentos".

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
- Tiene como resultado costos innecesarios para MassHealth, el pago por 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.

Herramienta de Necesidades y Fortalezas del Niño y el Adolescente (CANS): Una herramienta que proporciona una forma estandarizada de organizar la información recopilada durante las Evaluaciones Clínicas de Salud Conductual y durante el proceso de Planificación del Alta de los Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados y los Servicios de Tratamiento de Agudos Basados en la Comunidad. Se ha desarrollado una versión de Massachusetts de la Herramienta CANS y está destinada a ser utilizada como una herramienta de apoyo a las decisiones de tratamiento para los proveedores de Salud conductual que atienden a los Afiliados menores de 21 años.

Información médica protegida (PHI): la PHI es información de salud sobre usted o sobre su atención médica o pago por atención médica.

Iniciativa de Salud Conductual Infantil (CBHI): Programa cuyos objetivos son reforzar, ampliar e integrar los servicios de Salud conductual para los Miembros menores de 21 años en un sistema integral de atención comunitaria y culturalmente competente.

Instrucción anticipada: un documento legal que le permite, de forma anticipada:

- Nombrar a alguien con anticipación para que tome decisiones médicas en su nombre; y
- Dar instrucciones escritas acerca de su atención médica futura.
- Este documento se aplica si usted no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Intervención Conductual Intensiva Temprana (EIBI): Proporcionada a niños menores de tres años que tienen un diagnóstico de trastorno del espectro autista (ASD) y cumplen los criterios clínicos de elegibilidad. Dichos servicios serán prestados únicamente por proveedores de servicios de intervención temprana intensiva en el comportamiento aprobados por el DPH.

Junta de Audiencias (BOH): la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid de Massachusetts.

Las Necesidades de atención médica especiales incluyen, pero no se limitan a:

- necesidades médicas complejas o crónicas que requieran servicios de atención médica especializados, incluidas las personas con múltiples

afecciones crónicas, comorbilidades y/o deficiencias funcionales coexistentes, e incluidas las personas con discapacidades físicas, mentales/por consumo de sustancias y/o del desarrollo, como las personas con discapacidades cognitivas, intelectuales, de movilidad, psiquiátricas y/o sensoriales que se describen a continuación:

- Discapacidad cognitiva: afección que provoca alteraciones de las funciones cerebrales, como la memoria, la orientación, la conciencia, la percepción, el razonamiento y el juicio. Muchas afecciones pueden causar discapacidades cognitivas, entre ellas la enfermedad de Alzheimer, el trastorno bipolar, la enfermedad de Parkinson, las lesiones traumáticas, los accidentes cerebrovasculares, la depresión, el alcoholismo y el síndrome de fatiga crónica.
 - Discapacidad intelectual: es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo que afectan a muchas habilidades sociales y prácticas cotidianas.
 - Discapacidad para la movilidad: deficiencia o afección que limita o dificulta la actividad vital principal de mover el cuerpo de una persona o una parte de su cuerpo. "Discapacidad de movilidad" incluye, entre otras, las discapacidades ortopédicas y neuromotoras y cualquier otra deficiencia o afección que limite la capacidad de una persona para caminar, maniobrar alrededor de objetos, subir o bajar escalones o pendientes, y/o manejar controles. Una persona con discapacidad motriz puede utilizar una silla de ruedas u otro dispositivo de ayuda a la movilidad o ser semiambulante.
 - Discapacidad psiquiátrica: trastorno mental que es una condición de salud caracterizada por alteraciones en el pensamiento, el estado de ánimo o el comportamiento (o alguna combinación de estos) asociadas con angustia y/o deterioro del funcionamiento. Algunos ejemplos son, entre otros, la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad, la esquizofrenia y la adicción.
 - Discapacidad sensorial: cualquier afección que afecte sustancialmente a la audición, el habla o la visión.
- niños/adolescentes que padecen o corren un mayor riesgo de padecer afecciones físicas, de desarrollo, conductuales o emocionales crónicas y que también requieren servicios médicos y afines de un tipo y en una cantidad superiores a los que requieren los niños en general;
 - alto riesgo de ingreso/reingreso en un nivel de atención de 24 horas en los próximos seis meses;

- alto riesgo de institucionalización;
- diagnosticados con un trastorno emocional grave, una enfermedad mental grave y persistente o un trastorno por consumo de sustancias, o que tengan necesidades significativas de salud mental;
- personas sin hogar crónicas;
- alto riesgo de ingreso hospitalario o visitas al Departamento de Emergencias, incluidos determinados Afiliados que reciben cuidados de transición en un hospital de agudos, un hospital de enfermedades crónicas y rehabilitación o un centro de enfermería; o
- recibir atención de otros programas de agencias estatales, incluidos, entre otros, programas a través del Departamento de Salud Mental (DMH), el Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS), el Departamento de Niños y Familias (DCF) y el Departamento de Servicios Juveniles (DYS).

Límite de beneficios: límites de días, visitas o dólares que se pueden aplicar a ciertos Servicios cubiertos. 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). Vea la Lista de servicios cubiertos para conocer los límites de beneficios.

Línea de asesoramiento y apoyo clínico: Una línea telefónica que proporciona a los Miembros información para apoyar el acceso y la coordinación de la atención adecuada

Línea de ayuda de Salud conductual: Teléfono, mensajes de texto, chat, sitio web, que brinda información, recursos y derivaciones de Salud conductual, incluyendo derivaciones y acceso 24/7 al proveedor apropiado.

Lista de medicamentos: Una lista de los medicamentos cubiertos y no cubiertos por nosotros. Incluye medicamentos de marca y genéricos. A esta lista se le denomina "formulario".

Lista de proveedores: una herramienta de búsqueda en línea en nuestro sitio web o un folleto impreso que incluye una lista de los proveedores de la red del Plan ACO.

Lista de servicios cubiertos: esta es la lista de servicios cubiertos que MassHealth y nosotros cubrimos. La lista se encuentra al final del Manual y se llama "Requisitos de autorización previa (PA) y derivación para servicios cubiertos para miembros al Plan de la Organización de atención responsable (Plan ACO) de WellSense".

Lista de servicios excluidos y limitados: La lista de servicios e insumos de atención médica que tienen un límite de beneficios o que ni MassHealth ni nosotros cubrimos. Esta lista aparece al final de este manual y se llama "Lista de servicios excluidos y limitados".

LTSS CP: Servicios y apoyos a largo plazo y Socio de la comunidad.

Manejo de Cuidado de transición: La evaluación de las necesidades médicas de un Miembro y la coordinación de cualquier otro servicio de apoyo con el fin de coordinar atención segura y apropiada después del alta de un nivel de atención a otro nivel de atención, incluyendo las derivaciones a servicios apropiados

Manejo de Cuidado: Un programa que ofrece a los Miembros apoyo adicional para ayudarlos a alcanzar sus objetivos de atención médica. Consulte el Capítulo 7.

Manejo de enfermedades: Los beneficios específicos del Plan para enfermedades o afecciones relacionadas con servicios y asistencia continuados para enfermedades y/o afecciones específicas. Los servicios incluyen intervenciones específicas y educación y divulgación dirigidas a los Miembros que padecen o corren el riesgo de padecer estas afecciones. Estas condiciones incluyen, entre otras, las necesidades especiales de atención médica, Miembros con enfermedades mentales graves y persistentes, SIDA, discapacidades físicas graves y embarazo.

MassHealth: El Programa de Seguro Médico para Niños y Medicaid del estado. MassHealth brinda cobertura de atención médica asequible para residentes elegibles que cumplen ciertos criterios. La misión de MassHealth es mejorar los resultados de salud de nuestros diversos miembros y sus familias proporcionándoles acceso a servicios sanitarios integrados que favorezcan la salud, el bienestar, la independencia y la calidad de vida.

Medicación para el trastorno por uso de opiáceos (MOUD): El uso de medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, antes conocido como Tratamiento asistido con medicamentos (MAT).

Médicamente necesario (o necesidad médica): servicios, insumos y medicamentos que:

- Son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica;
- Cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica; y
- Para los que no hay un servicio médico o ámbito comparable disponible o adecuado para el miembro que sea más conservador o menos costoso.

Miembro elegible para ACO: Un Miembro que es elegible para inscribirse en un plan ACO de MassHealth.

Miembro: una persona que está inscrita en nuestro Plan ACO a través de MassHealth.

Necesidades significativas de BH: Trastorno por consumo de sustancias, SED, SPMI y otras condiciones BH según lo especificado por EOHHS.

Necesidades sociales relacionadas con la salud (Health Related Social Needs, HRSN):

Las necesidades cotidianas inmediatas que se derivan de la falta de recursos causada por los determinantes sociales de la salud, como la falta de acceso a una vivienda estable, un entorno libre de toxinas potencialmente mortales, alimentos sanos, servicios públicos, incluidos calefacción y acceso a Internet, transporte, atención médica física y mental, seguridad frente a la violencia, educación y empleo, y conexión social.

Niños al cuidado o bajo custodia de la Commonwealth: Niños que son Miembros y que están bajo el cuidado o la custodia protectora del Departamento de Niños y Familias (DCF), o bajo la custodia del Departamento de Servicios Juveniles (DYS).

Ombudsman: Una organización independiente que tiene contrato con MassHealth para ayudar a abordar problemas que usted o su representante autorizado tienen con la ACO, como problemas para inscribirse o recibir servicios.

Organización de Servicios Sociales: Una organización de la comunidad que brinda servicios o bienes en el área de las Necesidades sociales relacionadas con la salud.

Paciente hospitalizado: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados.

Período de inscripción fijo: un período de nueve meses cada año en el que MassHealth no permite que los Miembros se cambien de plan de salud a menos que se apliquen ciertos motivos. Consulte el Capítulo 12.

Período de selección de plan: un período de 90 días cada año en el MassHealth permite que los Miembros se cambien de plan de salud por cualquier motivo. Consulte el Capítulo 12.

Personas sin hogar crónicas: Definición establecida por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. (HUD) de una persona discapacitada que ha estado continuamente sin hogar en la calle o en un refugio de emergencia o refugio seguro durante 12 meses o más, o ha tenido cuatro o más episodios de falta de vivienda (en la calle, o en un refugio de emergencia, o refugio seguro) durante un período de tres años cumpliendo ciertos criterios. Para cumplir la parte de discapacidad de la definición, la persona debe padecer un trastorno por consumo de sustancias diagnosticable, una enfermedad mental grave y persistente, una discapacidad del desarrollo, un trastorno por estrés postraumático, un deterioro cognitivo derivado de una lesión cerebral o una enfermedad o discapacidad física crónica, incluida la concurrencia de dos o más de esas afecciones.

Plan ACO: Un tipo de plan de salud que ofrecemos. El Plan ACO le brinda acceso a atención médica de calidad. Consulte la Sección 1.2.

Plan de Atención: El plan de atención desarrollado por el Miembro y otras personas involucradas en la atención del Miembro o el Manejo de Cuidado, incluidos los Planes de Tratamiento Centrados en la Persona desarrollados por los Socios comunitarios (CP) de BH y

los LTSS CP.

Plan de prevención de crisis: Plan que ayuda a conseguir una atención clínica centrada en el Miembro/familia durante una crisis psiquiátrica, utilizando lo aprendido en tratamientos anteriores. Este Plan incluye una lista de control de los factores desencadenantes que pueden provocar o agravar una crisis psiquiátrica. El plan también incluye las preferencias del Miembro en relación con la participación del Miembro y su familia u otros apoyos, que podrían incluir proveedores de salud conductual, agencias comunitarias de servicios sociales y apoyos comunitarios. Este tipo de plan también puede denominarse Plan de Acción para la Recuperación del Bienestar (Wellness Recovery Action Plan, WRAP) en el caso de los adultos con Enfermedad Mental Grave y Persistente (SPMI), y Plan de Seguridad para la Gestión de Riesgos en el caso de los niños con Trastorno Emocional Grave (SED) y sus familias.

Planificación del alta: La evaluación de las necesidades de atención médica y de Salud Conductual de un Miembro y la coordinación de cualquier otro servicio de apoyo con el fin de organizar una atención segura y adecuada y una situación de vida después del alta de un entorno de atención (por ejemplo, hospital de agudos, centro de salud conductual para pacientes hospitalizados) a otro entorno de atención (por ejemplo, hospital de rehabilitación, hogar grupal), incluida la derivación y coordinación de los servicios adecuados.

Programas de farmacia: Programas de farmacia que aplican reglas especiales a algunos medicamentos con receta antes de que cubramos esos medicamentos.

Programas de tratamiento de opiáceos (OTP): Programas certificados por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), que suelen incluir un centro, personal, administración, pacientes y servicios, que ofrecen evaluación y tratamiento, con medicamentos aprobados, a personas adictas a los opiáceos.

Proveedor de atención primaria (PCP): un Proveedor que usted elige o que se le asigna. Su PCP proporciona y coordina toda su atención médica. Los PCP incluyen enfermeros practicantes que ejercen en colaboración con un médico, conforme al Capítulo 112, Sección 80B de las Leyes Generales de Massachusetts, y sus reglamentos de implementación, así como a médicos certificados por una junta o elegibles para certificación en una de las siguientes especialidades: Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina General, Medicina del Adolescente y Pediatría u Obstetricia/Ginecología. Los PCP también incluyen a Asistentes médicos que presentan servicios bajo la supervisión de un médico en virtud del Capítulo 112 de la Ley General de Massachusetts y sus reglamentos de implementación, y que cumplen con los requisitos para ser clínicos de atención primaria según 130 CMR 450.118(B)(6). Los PCP para personas con discapacidades, incluyendo, entre otros, personas con VIH/SIDA, pueden incluir a profesionales que están certificados por la junta o son elegibles para la certificación en otras especialidades relevantes. Consulte la Sección 3.3.

Proveedor de la red o Proveedor: Un proveedor que tiene contrato con nosotros para

proporcionar Servicios cubiertos a los Miembros del Plan ACO.

Proveedor fuera de la red: Un proveedor que no tiene contrato con nosotros para proporcionar Servicios cubiertos a los Miembros del Plan ACO. Consulte la Sección 3.9.

Proveedor: un profesional o centro de atención médica con licencia conforme a la ley estatal. Entre los Proveedores se incluye:

- Médicos
- Hospitales, centros de enfermería especializada
- Laboratorios
- Farmacias
- Enfermeras profesionales, enfermeras registradas.
- Trabajadores sociales, consejeros de salud mental con licencia, especialistas clínicos en centros psiquiátricos y de salud mental y consejeros de alcohol y drogas con licencia.
- Solo cubrimos servicios de un Proveedor si esos servicios están dentro del alcance de la licencia del Proveedor.

Punto de contacto del equipo de atención: Un miembro del equipo de atención de un Miembro de BH CP o LTSS CP responsable de la comunicación continua con el equipo de atención. El punto de contacto del equipo de atención puede ser el PCP o la persona designada por el PCP del Miembro, o el miembro del personal del Plan que tiene contacto cara a cara con el PCP o el equipo de atención.

Queja: Una Queja es el nombre formal para "Reclamación". Vea "Reclamación".

Reclamación (queja): una Queja es una declaración de insatisfacción que un miembro hace sobre una acción, o falta de ella, de nosotros o de Proveedores de la red. El nombre formal de una Queja es "Queja formal" o "reclamación". Algunos ejemplos de quejas incluyen:

- La calidad de los servicios
- Falta de cortesía de un Proveedor o del personal
- No respetar los derechos del miembro Las Quejas no incluyen Acciones adversas.

Reclamo: Una factura de un proveedor que describe los servicios que se le han proporcionado a un miembro.

Red de proveedores: el grupo combinado de proveedores que tienen contrato con nosotros para proporcionar Servicios cubiertos a los Miembros del Plan ACO. Esto incluye, pero no se

limita a, proveedores de servicios de salud física, conductual, farmacia y auxiliares.

Red: Vea Red de proveedores.

Representante autorizado: una persona que usted nombra por escrito para que actúe en su nombre en lo relacionado con apelaciones y quejas.

Segunda opinión: el proceso mediante el cual un miembro busca una opinión de otro Proveedor acerca de un diagnóstico y/o plan de tratamiento de otro Proveedor.

Servicios cubiertos ACO: Aquellos servicios que el Plan está obligado a brindar, tal como se especifica en el **Apéndice C** de este manual.

Servicios cubiertos que no son de ACO: Aquellos servicios que son coordinados por el Plan, pero proporciona MassHealth.

Servicios cubiertos: el término general para todos los servicios de atención médica, insumos, equipos y medicamentos que MassHealth y nosotros cubrimos. Estos servicios se describen en:

- La Lista de servicios cubiertos al final de este Manual; y
- Capítulo 5

Servicios cultural y lingüísticamente apropiados: Servicios de atención médica que respetan y responden a las necesidades culturales y lingüísticas, y que se caracterizan por la competencia cultural y lingüística. Puede encontrar más detalles sobre los estándares de CLAS aquí: <https://www.mass.gov/info-details/clas-national-standards>

Servicios de evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT): La prestación de servicios de atención médica a los afiliados de MassHealth Standard y CommonHealth menores de 21 años, sujetos a un calendario de periodicidad EPSDT.

Servicios de intervención temprana: Programa integral para niños de edades comprendidas entre el nacimiento y los tres años que presentan retrasos en su desarrollo o corren el riesgo de padecerlos por la influencia de determinados factores biológicos o ambientales. Los Servicios de Intervención Temprana incluyen un conjunto de servicios integrados de desarrollo basados en la comunidad que utilizan un enfoque centrado en la familia.

Servicios de la Iniciativa de Salud Conductual Infantil o Servicios CBHI: Cualquiera de los siguientes servicios: Coordinación de Atención Intensiva (ICC), Apoyo y Formación Familiar, Servicios Conductuales a Domicilio (incluyendo Terapia de Manejo del Comportamiento y Monitorización del Manejo del Comportamiento) y Servicios de Tutoría

Terapéutica, Servicios de Terapia a Domicilio (incluyendo Intervención Clínica Terapéutica y Formación y Apoyo Terapéutico Continuo), Tratamiento Familiar Intensivo e Intervención Móvil en Crisis para Jóvenes.

Servicios de planificación familiar: Servicios para evitar quedar embarazada. Incluyen:

- Orientación sobre métodos anticonceptivos
- Educación sobre planificación familiar
- Exámenes y tratamiento
- Pruebas de laboratorio
- Métodos anticonceptivos médicamente aprobados
- Suministros de farmacia y dispositivos
- Esterilización, incluyendo ligadura de trompas y vasectomía (el aborto no es un servicio de planificación familiar).

Servicios de Salud conductual: Servicios de salud conductual y trastorno por abuso de sustancias.

Servicios excluidos: servicios e insumos de atención médica que no cubrimos.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): una amplia gama de servicios y apoyos para ayudar a algunos Miembros con actividades de la vida diaria y mejorar su calidad de vida. Algunos ejemplos incluyen ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida cotidiana y autocuidados. Los LTSS también pueden incluir lavado de ropa, compras y transporte. Los LTSS se proporcionan principalmente a domicilio y en comunidades. También se pueden proporcionar en centros como centro de enfermería.

Socio de la comunidad (Community Partner): una organización comunitaria que trabaja con los Miembros y con nosotros. Ayuda a planificar la atención y coordinar servicios para los Miembros. Estos Miembros tienen necesidades importantes de servicios de salud conductual o de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Hay dos tipos de socios de la comunidad: uno se especializa en salud conductual y el otro se especializa en LTSS.

Tarjeta de identificación de miembro del Plan ACO: La tarjeta que le enviamos que nombra a una persona como Miembro del Plan ACO. La tarjeta incluye su nombre, número de identificación y el nombre de su Red ACO. (Esta Tarjeta de identificación del miembro no es la misma que la que recibe de MassHealth).

Tarjeta de identificación del Miembro: vea Tarjeta de identificación del Miembro del Plan ACO.

Trastorno emocional grave (SED): Una condición de salud conductual que cumple con la

definición de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), o la definición establecida en los reglamentos que rigen la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) de los Estados Unidos.

Trastornos comórbidos: El diagnóstico tanto de un trastorno físico como de un trastorno de salud conductual, o de dos trastornos de salud física diferentes.

Trastornos concurrentes (o diagnóstico dual): Afecciones médicas que implican al mismo tiempo un trastorno de salud mental y un trastorno por consumo de sustancias.

WellSense (“nosotros” o “nos”): una organización de atención administrada sin fines de lucro de Massachusetts. Ofrecemos planes ACO. Nuestro nombre oficial es Boston Medical Center Health Plan, Inc. En este manual, WellSense a menudo se denomina “nosotros”.