

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios de salud y servicios y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)

Este documento le proporciona detalles acerca de su atención médica, atención a largo plazo, servicios basados en la comunidad y el hogar según corresponda, y cobertura de medicamentos recetados de Medicare y MassHealth (Medicaid) del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 855-833-8125 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m).

Este plan, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), es ofrecido por Boston Medical Center Health Plan, Inc. (Cuando en esta Evidencia de cobertura se dice "nosotros", "nos" o "nuestro" significa Boston Medical Center Health Plan, Inc., conocido como WellSense Health Plan. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan," se refiere a WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

Podemos proporcionarle este documento en braille, en letra grande u otros idiomas o formatos alternativos sin costo si usted lo necesita. Debemos entregarle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de una manera que usted la entienda, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual).

La lista de medicamentos (Formulario), la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a las personas inscritas afectadas sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato de Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Massachusetts.

La inscripción para WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa de Medicaid de Massachusetts para coordinar sus beneficios de Medicaid. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- la prima y los costos compartidos de su plan;
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

La ley federal le exige a MassHealth que recupere dinero de los patrimonios de ciertos miembros de MassHealth de 55 años o más, y de aquellos de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en una residencia para ancianos u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación patrimonial de MassHealth, visite [mass.gov/estaterrecovery](https://www.mass.gov/estaterrecovery).

H9585_DSNP_EOC_2023 C SP Approved

Evidencia de cobertura para 2023**Índice**

CAPÍTULO 1: Cómo comenzar como miembro	5
SECCIÓN 1 Introducción.....	6
SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro de un plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá.....	11
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)	14
SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....	16
SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal	17
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....	18
CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos importantes	20
SECCIÓN 1 Información de contacto de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros).....	21
SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	25
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia Estatal sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	30
SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid) (un programa conjunto federal y estatal que brinda asistencia económica con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)	32
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	35
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Empleados Ferrovianos.....	36
SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	37
SECCIÓN 10 Usted puede obtener ayuda de las Agencias sobre el Envejecimiento del Área	37

Índice

CAPÍTULO 3: Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos.....	40
SECCIÓN 1 Lo que debe saber acerca de cómo obtener su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	41
SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios.....	43
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe	48
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios?	51
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?.....	52
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una “institución religiosa de atención de la salud no médica”	55
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	56
CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)	59
SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos.....	60
SECCIÓN 2 Utilice el Cuadro de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto	60
SECCIÓN 3 Qué servicios están cubiertos fuera de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).....	122
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D	130
SECCIÓN 1 Introducción.....	131
SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	132
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	135
SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura en algunos medicamentos	137
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía que lo esté?.....	139
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?.....	142
SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos no tienen cobertura del plan?	145

Índice

SECCIÓN 8	Surtir una receta	147
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	147
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos.....	149
CAPÍTULO 6: Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos		153
SECCIÓN 1	Situaciones en que debe solicitar que paguemos por los servicios o medicamentos cubiertos.....	154
SECCIÓN 2	Cómo solicitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted haya recibido	157
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente	157
CAPÍTULO 7: Sus derechos y responsabilidades		159
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidad cultural como miembro del plan.....	160
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	167
CAPÍTULO 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)		170
SECCIÓN 1	Introducción.....	171
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	172
SECCIÓN 3	Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan.....	173
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones.....	173
SECCIÓN 5	Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	174
SECCIÓN 6	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	178
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	191
SECCIÓN 8	Cómo solicitar la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le da de alta antes de tiempo.....	203

Índice

SECCIÓN 9	Cómo solicitar que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza antes de tiempo.....	212
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias.....	220
SECCIÓN 11	Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes	225
CAPÍTULO 9:	Cómo finalizar su membresía en el plan	229
SECCIÓN 1	Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan	230
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?	230
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía a nuestro plan?	234
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	237
SECCIÓN 5	WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía al plan en ciertas situaciones	237
CAPÍTULO 10:	Avisos legales	240
SECCIÓN 1	Notificación sobre la legislación vigente	241
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	241
SECCIÓN 3	Notificación de los derechos de subrogación de Medicare como asegurador secundario.....	241
CAPÍTULO 11:	Definiciones de términos importantes	243

CAPÍTULO 1:

Cómo comenzar como miembro

Capítulo 1 Introducción como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid):

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico para las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal (insuficiencia renal) en etapa terminal.
- **MassHealth (Medicaid)** es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de MassHealth (Medicaid) varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga usted. Algunas personas con MassHealth (Medicaid) obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para los servicios adicionales y los medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha decidido recibir su atención de salud estándar de Medicare y MassHealth (Medicaid) y la cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso al proveedor en este plan difieren de Original Medicare.

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un "Plan de necesidades especiales" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de MassHealth (Medicaid).

Como usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid) con el costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguro), es posible que no tenga que pagar nada por los servicios de atención médica de Medicare. MassHealth (Medicaid) le brinda otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que incluyen medicamentos recetados, atención a largo plazo y/o servicios basados en el hogar o la comunidad que generalmente no cubre Medicare. Usted también recibe "Ayuda

Capítulo 1 Introducción como miembro

adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) lo ayudará a administrar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y de pago a los que usted tiene derecho.

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) es operado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes de Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene contrato con el programa MassHealth Medicaid de Massachusetts para coordinar sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Nos complace brindarle la cobertura de salud de Medicare MassHealth (Medicaid) que incluye la cobertura de sus medicamentos recetados, atención de largo plazo, y servicios basados en el hogar y la comunidad.

La cobertura de este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), en: irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2	¿De qué trata el documento de Evidencia de cobertura?
--------------------	--

Este documento de Evidencia de cobertura le indica cómo obtener su atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid), atención de largo plazo, servicios basados en el hogar o la comunidad, y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, la atención a largo plazo o los servicios basados en el hogar y la comunidad y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

Es importante que usted conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios están a su disposición. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este documento de Evidencia de cobertura.

Capítulo 1 Introducción como miembro

Si está confundido, tiene inquietudes o simplemente desea hacer una pregunta, comuníquese a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Esta Evidencia de cobertura es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y cualquier notificación que le enviemos acerca de los cambios en su cobertura o las afecciones que pueden afectar su cobertura. Estas notificaciones pueden denominarse "cláusulas" o "enmiendas".

El contrato está vigente durante los meses en que usted está inscrito en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2023.

El Estado de Massachusetts/Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos debe aprobar nuestro plan cada año. Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan, siempre y cuando nosotros optemos por seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro de un plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre que:

- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare;

Capítulo 1 Introducción como miembro

- -- y -- viva en nuestra área de cobertura geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfico, incluso si están físicamente ubicadas en ella;
- -- y -- sea un ciudadano de Estados Unidos o tenga presencia legal en Estados Unidos;
- -- y -- no tenga ninguna otra cobertura de seguro médico integral que cumpla con un estándar de beneficios básicos, que no sea Medicare;
- -- y -- cumpla con los requisitos de elegibilidad especial que se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especial de nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe tener 65 años o más y ser elegibles para Medicare y MassHealth Standard y con una categoría de asistencia elegible para un SCO.

Tenga en cuenta: si pierde su condición de elegibilidad pero se puede prever razonablemente que podría recuperarla en el plazo de 1 mes, seguirá siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad considerada continua).

Sección 2.2	¿Qué es Medicaid?
--------------------	--------------------------

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Massachusetts también puede decidir cómo administrar su programa siempre que cumpla las directrices federales.

Además, se ofrecen programas a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a la gente con Medicare a pagar sus costos de Medicare, así como sus primas de Medicare. Estos "Programas de ahorro de Medicare" ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

Capítulo 1 Introducción como miembro

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare Específico de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).

Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)
--------------------	--

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Massachusetts: Barnstable, Bristol, Hampden, Plymouth y Suffolk.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando usted se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o con presencia legal
--------------------	---

Como miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los EE. UU. o poseer residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros para Servicios para Medicare y Medicaid) notificará a WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) si usted no califica para permanecer como miembro según este motivo. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Capítulo 1 Introducción como miembro**SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá****Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan**

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted debe utilizar su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que reciba de una farmacia de la red. También deberá mostrarle su tarjeta de MassHealth (Medicaid) al proveedor. A continuación, se encuentra una muestra de la tarjeta de identificación de miembro para que sepa cómo se verá:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo completo de sus servicios. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participa en estudios de investigación clínicos aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Esto es muy importante porque: Si usted recibe servicios que están cubiertos con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de nuestra tarjeta de miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar usted mismo el costo completo. En caso de daño, pérdida o robo de la tarjeta de identificación del plan, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El Directorio de proveedores y farmacias enumera nuestros proveedores de la red, los proveedores de Medicare y MassHealth (Medicaid), farmacias de la red y proveedores

Capítulo 1 Introducción como miembro

de equipo médico duradero. Este directorio está disponible en nuestro sitio web wellsense.org/sco o, si desea obtener una copia impresa, puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto del costo compartido como la totalidad del pago. Hemos celebrado acuerdos para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web en wellsense.org/sco.

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

Es importante estar informado sobre qué proveedores forman parte de nuestra red dado que, con limitadas excepciones, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar a los proveedores de la red para recibir su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no esté disponible (generalmente, cuando usted se encuentre fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área, transiciones de la atención con proveedores fuera de la red hasta 90 días si es un miembro nuevo y cuenta con la autorización del plan y los casos en los que WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) autorice el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Consulte el Capítulo 3 (Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos) para obtener información más específica acerca de la cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Es importante que concurra únicamente a proveedores de la red para obtener sus beneficios cubiertos, incluyendo sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Si usted no usa los proveedores de la red (participantes) cuando acceda a sus beneficios, usted podrá ser responsable por el costo total de los servicios recibidos, ya que el proveedor o el centro no tienen contrato con nuestro plan.

Si no tiene la copia del Directorio de proveedores y farmacias, puede solicitar una copia en Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si desea más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones, puede solicitarla a Servicios para Miembros. También puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias en wellsense.org/sco, o descargarlo de este sitio web. Servicios para Miembros y el sitio

Capítulo 1 Introducción como miembro

web pueden proporcionarle la información más actualizada acerca de los cambios en nuestra red de proveedores.

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

El plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). Para abreviar la llamamos "Lista de medicamentos". Le indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos con el beneficio de la Parte D incluido en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). El plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos incluidos en esta lista. La lista debe cumplir los requisitos que establece Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (wellsense.org/sco) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Sección 3.4 La Explicación de beneficios de la Parte D (la "EOB de la Parte D"): informes resumidos de los pagos realizados para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido que le ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina Explicación de beneficios de la Parte D (o la "EOB de la Parte D").

La Explicación de Beneficios de la Parte D ofrece información sobre el monto total que ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado nosotros por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes en que se usó el beneficio de la Parte D. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Usted debe consultar con la persona que le receta acerca de estas opciones de menor costo. El Capítulo 5 (Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D) le da más información sobre la Explicación de beneficios y cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de sus medicamentos.

Capítulo 1 Introducción como miembro

El resumen de la Explicación de beneficios de la Parte D también está disponible a pedido. Para obtener esa información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)

Usted no paga una prima mensual del plan separada para WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la abone a través de Medicaid o un tercero). Como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), usted no es responsable de un costo por los servicios cubiertos.

En algunos casos, la prima de su plan podría costar más

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que la suma incluida anteriormente en la Sección 4.1. Esa situación se describe a continuación.

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía de la Parte D** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando comenzaron a ser elegibles por primera vez o porque transcurrieron 63 días consecutivos o más sin que tuvieran una cobertura de medicamentos recetados "acreditable". ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). En el caso de estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto de su multa por inscripción tardía de la Parte D.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Si pierde la Ayuda adicional, podría estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más consecutivos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable.

Algunos miembros pueden estar obligados a pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D,

Capítulo 1 Introducción como miembro

también conocido como IRMAA, porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de una cierta cantidad, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar la cantidad de prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) y, además, tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayor parte de los miembros de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), MassHealth (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si usted no califica para recibirla automáticamente) y su prima de la Parte B. Si MassHealth (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagándolas para mantenerse como miembro del plan.

Si sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a determinado monto, tendrá que pagar el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también llamado IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a la prima. Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será el costo de este. Si sucedió algún acontecimiento que haya producido un cambio en su vida y sus ingresos se hayan reducido, puede solicitarle al Seguro Social que reconsideren su decisión.

Si usted tiene que pagar la cantidad adicional y no la paga, se lo desafiliará de su plan.

También puede visitar el sitio web [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778.

Su copia del manual Medicare y usted 2023 incluye información sobre estas primas en la sección titulada "Costos de Medicare para 2023". Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual Medicare y usted 2023 cada año en otoño. Las personas nuevas en Medicare lo reciben en el término de un mes después de su ingreso. También puede descargar una copia del manual Medicare y usted 2023 en el sitio web de Medicare, [medicare.gov](https://www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048.

Capítulo 1 Introducción como miembro

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 Cómo puede ayudar a asegurar que la información que tenemos acerca de usted es correcta

Su registro de miembro contiene información de su solicitud de inscripción, que incluye su número de teléfono y dirección. Indica su cobertura de plan específico, que incluye a su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos que le corresponden.** Por tal motivo, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información. **Los miembros de WellSense no son responsables por el costo de los servicios cubiertos.**

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como su empleador, el empleador de su cónyuge, una compensación laboral, o MassHealth Standard (Medicaid).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad civil, como por ejemplo un accidente automovilístico.
- Si ha sido internado en una residencia para ancianos.
- Si usted recibe atención médica en un hospital fuera del área o fuera de la red o en una sala de emergencia.
- Si cambia la persona designada responsable (como un cuidador) .
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia cualquiera de esos datos, llame a Servicios para Miembros para informarnos sobre los cambios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Capítulo 1 Introducción como miembro

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

Si hay cambios en su nombre, dirección u otra información, comuníquese con la oficina de MassHealth (Medicaid) inmediatamente. Esta agencia debe contar con la información correcta acerca de usted para mantener la comunicación adecuada sobre sus derechos y otros aspectos importantes que puedan tener un impacto en su elegibilidad en nuestro plan. Los números de teléfono están incluidos en la Sección 6 del Capítulo 2 de este manual.

Vuelva a leer la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare exige que recabemos información acerca de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 en este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se incluirá cualquier otra cobertura médica o de seguro de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si usted tiene otra cobertura que no se haya indicado, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y la información médica personal. Protegemos su información de salud personal, según lo exigen esas leyes.

Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 7 de este manual.

Capítulo 1 Introducción como miembro

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

Es posible que esta sección no se aplique a usted porque la inscripción en WellSense Health Plan Senior Care Options está restringida a los miembros que no tienen ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare. Si tiene otro seguro médico integral, es posible que no sea elegible para inscribirse o permanecer inscrito en WellSense Health Plan Senior Care Options.

Medicare exige que recabemos información acerca de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se incluirá cualquier otra cobertura médica o de seguro de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame a Servicios para Miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro a sus otras compañías de seguro (una vez que haya confirmado su identidad) de modo que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Cuando usted tiene otro seguro (como un plan de salud de grupo de su empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan u otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina "asegurador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, que se denomina "asegurador secundario", paga únicamente si hay costos no cubiertos por la cobertura principal. Es posible que el asegurador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, al hospital y a la farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura de un plan de salud de grupo de empleador o de sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, de la cantidad de personas que trabajan con su empleador, y de si tiene Medicare en base a su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):

Capítulo 1 Introducción como miembro

- Si usted tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad, y usted o un miembro de su familia aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años de edad y usted o su cónyuge trabajan todavía, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que tenga derecho a Medicare.

Por lo general, esos tipos de cobertura pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidentes de trabajo

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Ellos solo pagan después de que Medicare o planes de salud de grupo de empleador hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**SECCIÓN 1 Información de contacto de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)**

(cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia relacionada con preguntas sobre tarjetas de asegurado, reclamos o facturación, llame o escriba a Servicios para Miembros de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Nos complacerá poder ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>855-833-8125</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).</p>
POR FAX	617-897-0884
POR ESCRITO	<p>WellSense Plan Senior Care Options (HMO D-SNP)</p> <p>Member Services Department</p> <p>529 Main Street, Suite 500</p> <p>Charlestown, MA 02129</p>

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
SITIO WEB	wellsense.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
POR TELÉFONO	<p>855-833-8125</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).</p> <p>El departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de forma gratuita para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).</p>

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
POR FAX	877-503-7231
POR ESCRITO	Express Scripts ATTN: Medicare Part D 4700 N Hanley, Suite C St. Louis, MO 63134
SITIO WEB	wellsense.org/sco

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no se relaciona con controversias sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 8 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)).

Método	Quejas sobre la atención médica - Información de contacto
POR TELÉFONO	855-833-8125 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo). Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
TTY	855-833-8125 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo). Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación.
POR FAX	617-897-0805
POR ESCRITO	WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) Member Grievances Department 529 Main Street, Suite 500 Charlestown, MA 02129
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar un reclamo sobre WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare ingrese a medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Adónde enviar una solicitud para que paguemos el costo de la atención médica o un medicamento que usted haya recibido

Para obtener más información sobre las situaciones en las cuales es posible que usted deba solicitar al plan un reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 6 (Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos).

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
POR TELÉFONO	<p>855-833-8125</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).</p>
POR FAX	<p>617-897-0884 para solicitudes de atención médica</p> <p>608-741-5483 para solicitudes de medicamentos</p>
POR ESCRITO	<p>Para solicitudes de pago de atención médica:</p> <p>WellSense Plan Senior Care Options (HMO D-SNP) Member Services Department 529 Main Street, Suite 500 Charlestown, MA 02129</p> <p>Para solicitudes de pago de medicamentos:</p> <p>Express Scripts ATTN: Medicare Part D Lexington, Kentucky 40512-4718</p>
SITIO WEB	wellsense.org/sco

SECCIÓN 2**Medicare**

(Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades, y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que necesita diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (también conocidos como "CMS"). Esta agencia contrata organizaciones de organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
POR TELÉFONO	800-MEDICARE, o 800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	877-486-2048 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="472 331 667 363"><u>medicare.gov</u></p> <p data-bbox="472 386 1425 674">Este es el sitio web oficial del gobierno sobre Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos para Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="472 695 1425 810">El sitio web de Medicare también tiene información detallada acerca de su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="521 831 1425 1207" style="list-style-type: none"><li data-bbox="521 831 1425 905">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="521 926 1425 1207">• Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un cálculo aproximado de los costos de desembolso directo de los distintos planes de Medicare.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare acerca de cualquier reclamo que tenga acerca de WellSense Senior Care Options (HMO D- SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> Infórmele a Medicare sobre su queja: usted puede presentar un reclamo sobre WellSense Senior Care Options (HMO D- SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese a medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, tal vez la biblioteca local o el centro para personas de la tercera edad puedan facilitarle una para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y solicitarle a un representante la información que necesite. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare a 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia Estatal sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE (Serving the Health insurance Needs of Everyone, Al servicio de las necesidades de seguro médico de todos).

SHINE es independiente (no está conectado con ninguna compañía aseguradora ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre el seguro médico local a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relativos a Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

quejas sobre su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también puede ayudarlo a entender sus opciones del plan de Medicare y responder sus preguntas sobre cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y OTROS RECURSOS:

- Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov)
- Haga clic en **"Talk to Someone"** (Hablar con alguien) en el centro de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
 - Opción n.º 1: Puede **chatear en vivo con un representante de 800-MEDICARE**
 - Opción n.º 2: Puede seleccionar **MASSACHUSETTS** del menú desplegable y hacer clic en GO (Ir). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa SHINE (SHIP de Massachusetts): información de contacto
POR TELÉFONO	800-AGE-INFO (800-243-4636), presione la opción 3 o la opción 5 si llama desde un teléfono celular, y deje un mensaje y un representante le responderá.
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	Llame al número que aparece arriba para ver la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	massoptions.org/massoptions/

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare). Hay una Organización de Mejora de la Calidad designada para servir a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Massachusetts, la Organización de Mejora de la Calidad es KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Esta organización es pagada por Medicare para evaluar la calidad

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

de la atención de los beneficiarios de Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Considera que la cobertura de estadía en el hospital termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Massachusetts): Información de contacto
POR TELÉFONO	888-319-8452 o 216-477-2604 Disponible de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. De 11:00 a. m. a 3:00 p. m. los sábados, domingos y feriados. Los miembros pueden dejar un mensaje al número gratuito, indicado arriba, las 24 horas, los 7 días de la semana. Hay servicios de traducción disponibles.
TTY	855-843-4776 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131 Fax 833-868-4055
SITIO WEB	Sitio web de KEPRO: keproqio.com KEPRO Transition Sitio web: keproqio.com/providers/transition

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y el manejo de la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales mayores de 65 años de edad o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y reúnen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. La inscripción a Medicare es automática si ya recibe los cheques del Seguro Social. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que afiliarse a Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional para su cobertura de medicamentos de la Parte D, cuando tienen mayores ingresos. Si usted recibió una carta del Seguro Social que indica que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas acerca de la cantidad o si sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento que produjo cambios en su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Usted puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>800-325-0778</p> <p>Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p>
SITIO WEB	<p>ssa.gov</p>

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid) (un programa conjunto federal y estatal que brinda asistencia económica con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Cuando usted se inscribe en nuestro plan, está doblemente inscrito tanto en Federal Medicare como en MassHealth Standard (Medicaid). Esto significa que usted tiene derecho a los servicios de ambos programas.

Su elegibilidad de membresía se basa en dos agencias de gobierno separadas:

- La Administración del Seguro Social determina su elegibilidad de Medicare tanto para la Parte A como para la Parte B
- MassHealth (Medicaid) determina su elegibilidad para los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, se ofrecen programas a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a la gente con Medicare a pagar sus costos de Medicare, así como sus primas de Medicare. Estos "Programas de ahorro de Medicare" ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- Beneficiario Calificado de Medicare (QMB+): Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- Beneficiario de Medicare Específico de Bajos Ingresos (SLMB+): Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).

Si tiene dudas acerca de la asistencia que recibe de MassHealth (Medicaid), comuníquese con MassHealth (Medicaid). Si tiene preguntas sobre los servicios o agencias que pueden trabajar con personas con discapacidades, personas mayores y cuidadores para ayudar a determinar qué servicios puede necesitar y que pueden brindarle apoyo con una red de socios y agencias locales en todo el estado, puede comunicarse con MassOptions.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Programa Medicaid de Massachusetts: Información de contacto
POR TELÉFONO	800-842900 Disponible de 8:00 a. m a 5:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	MassHealth Customer Service Center Health Processing Center PO Box 4405, Taunton, MA 02780 O puede ir a uno de los centros de inscripción de MassHealth en su área.
SITIO WEB	mass.gov/MassHealth

Método	<u>MassOptions: información de contacto</u>
POR TELÉFONO	844-422-6277 Disponible de 9:00 a. m a 5:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	Envíe por correo electrónico cualquier pregunta o inquietud a la dirección del sitio web que se indica a continuación o visite el sitio web y vaya a la sección "Cómo contactarnos", puede chatear en línea o enviar un correo electrónico.
SITIO WEB	massoptions.org

El Programa del Defensor del Paciente de Atención Comunitaria de Massachusetts (Massachusetts Community Care Ombudsman Program) ayuda a las personas inscritas en MassHealth (Medicaid) con problemas en el servicio o de facturación. Ellos pueden ayudarlo a presentar un reclamo o apelación a nuestro plan.

Método	Programa del Defensor del Paciente de Atención Comunitaria de Massachusetts: Información de contacto
POR TELÉFONO	617-727-7750 o 800-243-4636, de lunes a viernes, de 8:45 a. m. a 5:00 p. m.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Programa del Defensor del Paciente de Atención Comunitaria de Massachusetts: Información de contacto
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5 th Floor Boston, MA 02108
SITIO WEB	mass.gov/MassHealth

El Programa del Defensor del Paciente de Massachusetts ayuda a las personas a obtener información acerca de hogares para ancianos y resolver problemas entre los hogares para ancianos y sus residentes o sus familias.

Método	Programa del Defensor del Paciente de Massachusetts: Información de contacto
POR TELÉFONO	855-781-9898, de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. Horario de atención al público: lunes de 1:00 p. m. a 4:00 p. m. y jueves de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Se pueden programar citas para otros horarios.
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	My Ombudsman 11 Dartmouth Street Suite 301 Malden, MA 02148
SITIO WEB	myombudsman.org

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov ([medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), califica para recibir y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos recetados. Usted no necesita hacer nada más para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas acerca de la “Ayuda adicional”, llame al:

- 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048 (solicitudes) las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social, al 800-772-1213 de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778; o
- La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este Capítulo para obtener información de contacto).

Si considera que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene los medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, proporcionárnoslas.

- Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para obtener más información o ayuda.
- Cuando recibamos la evidencia que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda abonar el copago correcto la próxima vez que obtenga su medicamento recetado en la farmacia. Si paga más copago del que le corresponde, le haremos un reembolso. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o ajustaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo considera como una deuda suya, es posible que le paguemos directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual).

Tenga en cuenta que como miembro de nuestro plan no es responsable de un costo por los servicios cubiertos.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, es importante que le notifique a esta si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene dudas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles.</p> <p>Si presiona "1", puede acceder a la Línea de Ayuda automática y a la información grabada de la RRB las 24 horas del día, incluso fin de semana y feriados.</p>
TTY	<p>312-754701</p> <p>Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número no son gratuitas.</p>
SITIO WEB	rrb.gov/

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?**

Es posible que esta sección no se aplique a usted porque la inscripción en WellSense Health Plan Senior Care Options está restringida a los miembros que no tienen ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare. Si tiene otro seguro médico integral, es posible que no sea elegible para inscribirse o permanecer inscrito en WellSense Health Plan Senior Care Options.

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre sus beneficios de salud de jubilación o de su empleador (o los de su cónyuge), primas o el período de inscripción. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227; TTY: 877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o plan de jubilación grupal (o de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

SECCIÓN 10 Usted puede obtener ayuda de las Agencias sobre el Envejecimiento del Área

Condados	Agencias sobre el Envejecimiento del Área	Información de contacto
Suffolk	Boston Senior Home Care	Lincoln Plaza 89 South Street, Suite 501 Boston, MA 02111 (617) 456400
Suffolk	Central Boston Elder Services	2315 Washington Street Boston, MA 02119 617 277-7416
Suffolk	Somerville-Cambridge Elder Services	61 Medford Street

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

		Somerville, MA 02143 (617) 628-2601
Suffolk	Southwest Boston Senior Services dba Ethos	555 Amory Street Jamaica Plain, MA 02130 (617) 628- 2601
Suffolk	Mystic Valley Elder Services	300 Commercial Street, #19 Malden, Ma 02148 78324-7705
Hampden	WestMass Elder Care	4 Valley Mill Road Holyoke, MA 01040 (413) 788800
Hampden	Greater Springfield Senior Services	66 Industry Avenue Springfield, MA 01104 (413) 788800
Hampden	Highland Valley Elder Services	320 Quality Drive Florence, MA 01062 (413) 586-2000
Plymouth	South Shore Elder Services	1515 Washington Street Braintree, MA 02184 (781) 848-3910
Plymouth	Old Colony Elder Services	144 Main Street Brockton, MA 02301 (508) 584-1561
Plymouth	Coastline Elder Services	1646 Purchase Street New Bedford, MA 02740 (508) 999-6400
Barnstable	Elder Services of Cape Cod	68 Route 134 South Dennis, MA 02660 (508) 394-4630

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

		(800) 244-4630 (solo para Cape) (800) 442-4492 (solo para Mass)
Bristol	Bristol Elder Services	1 Father Devalles Blvd Unit 8 Fall River, MA 02723 (508) 675-2102
Bristol	Coastline Elder Services	1646 Purchase Street New Bedford, MA 02740 (508) 999-6400
Bristol	Old Colony Elder Services	144 Main Street Brockton, MA 02301 (508) 584-1561

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos. Le proporciona definiciones de términos y le explica las reglas que debe seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos recetados y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre la atención médica y los servicios que tienen cobertura con arreglo a nuestro plan, consulte el cuadro de beneficios del próximo capítulo, Capítulo 4 (Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtener la atención y servicios que tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia otorgada por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención de la salud.

- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos celebrado acuerdos para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se detallan en el Capítulo 5.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan**

Como plan de salud de Medicare y MassHealth (Medicaid), WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare.

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** El término "médicamente necesario" o "necesario desde el punto de vista médico" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor de atención primaria de la red (Primary Care Provider, PCP) que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe dar su aprobación por adelantado antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de cuidados médicos especializados o agencias para la atención médica en el hogar. Esto se llama proporcionarle una "remisión". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se necesita una remisión de su PCP en casos de atención de emergencia ni de servicios de urgencia. También se brindan otros tipos de atención que no necesitan la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor** de la red (para obtener más información al respecto, vea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. Hay tres excepciones:

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- El plan cubre la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para conocer el significado de "atención de emergencia" o "servicios necesarios de urgencia", consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si usted necesita un tipo de atención médica que MassHealth Medicaid exige que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. En ese caso, nosotros cubriremos esos servicios sin ningún costo para usted. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 en este capítulo.
- El plan cubre servicios de diálisis renal que reciba en un establecimiento de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y controle su atención

¿Qué es un "PCP" y qué hace su PCP por usted?

- Un PCP es su "proveedor de atención primaria". Un PCP es el médico de atención primaria que administra el cuidado de su salud general, cumple los requisitos del estado y está capacitado para proporcionarle atención médica básica. Por lo general, usted consulta a su PCP primero para la mayor parte de sus necesidades de atención médica de rutina.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Un PCP es un proveedor de atención primaria que actuará como su médico de cabecera o recurso de atención médica primaria. Los médicos o enfermeras especializadas pueden actuar como un PCP. Su PCP proporciona atención médica de rutina y podría ayudar a coordinar los servicios cubiertos, tales como ver a un especialista u obtener un procedimiento en un hospital o un centro para pacientes ambulatorios.
- Un PCP es un médico de medicina familiar, un médico general, un geriatra, enfermera o médico de medicina interna, que ejerce la práctica de atención primaria.
- Un PCP es su socio en satisfacer sus necesidades de atención médica.
- Su PCP conoce su historial médico completo y evalúa los cambios en su salud. Su PCP proporciona la atención para la que está calificado para prestar y deriva a especialistas de la red de servicios y otros proveedores cuando su afección de salud exige los servicios de otros proveedores.
- En algunos casos, su PCP obtendrá una autorización previa para los servicios que necesitan autorización previa, en otros casos el especialista u otro proveedor obtendrá una autorización previa para los servicios que le prestará.
- Elegir a su PCP de la red no limita su uso de los proveedores y centros de la red.

Cómo elegir a su PCP

Todos los miembros de nuestro plan deben elegir a un PCP de la red. El PCP que usted seleccione debe ser un médico autorizado por el estado, por ejemplo un médico familiar, un médico interno y gerontólogo. Durante nuestro proceso de inscripción los representantes de ventas trabajarán muy de cerca con usted para seleccionar a su PCP. También puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para recibir ayuda para seleccionar a su PCP. Si no elige a un PCP, le asignaremos uno. Sin embargo, no es necesario que mantenga este PCP asignado. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir ayuda para cambiar al PCP que le asignamos.

Cambio de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, su PCP podría retirarse de la red de proveedores de nuestro plan y usted tendrá que buscar a un nuevo PCP.

Si desea cambiar a su PCP, comuníquese con Servicios para Miembros para elegir a su nuevo Proveedor de atención primaria o complete un formulario de elección de PCP en

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

la oficina de su proveedor y solicite que nos lo envíen por fax. Este formulario también está disponible en nuestro sitio web en **wellsense.org/sco**.

(Nota: Su nuevo PCP entrará en vigencia el día que llame o el día que nosotros recibamos el formulario de selección de PCP).

En ciertos momentos, un PCP puede elegir dejar la red de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Si ocurre eso y actualmente recibe servicios de ellos, deberá cambiar a otro PCP que participe en la red de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Le enviaremos una carta para avisarle y ayudarlo a cambiarse a otro PCP para que siga recibiendo sus servicios cubiertos. Servicios para Miembros puede ayudarlo a buscar y seleccionar a otro PCP que tenga contrato con la red de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Si este cambio impacta súbitamente en su salud actual, se pueden hacer excepciones para que continúe su plan de tratamiento hasta que pueda hacer la transición a la atención de su nuevo PCP.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener una remisión de su PCP?
--------------------	---

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red;
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios necesarios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro certificado por Medicare de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio de modo que podamos ayudar a organizar el servicio de diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera del área de servicio.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red**

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchas clases de especialistas. Estos son algunos 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 huesos, articulaciones o músculos
- No se necesita una remisión (una orden de PCP para consultar a un especialista de la red por los servicios cubiertos).
- Se puede necesitar autorización previa del plan para consultar a especialistas fuera de la red.
- En algunos tipos de servicios es necesario obtener la aprobación previa de nuestro plan (a eso se le llama obtener "autorización previa"). La autorización previa es un proceso de aprobación que se lleva a cabo antes de que reciba determinados servicios. Si para el servicio que usted necesita se exige autorización previa, su PCP, otro proveedor de la red o usted pueden solicitar la autorización a nuestro plan. La solicitud será revisada y se le enviará nuestra decisión (determinación de la organización) a usted y al proveedor. Consulte el Cuadro de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 de este manual para conocer los servicios específicos que necesitan "autorización previa".
- Elegir a su PCP de la red no limita su uso de los proveedores y centros de la red.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existe una variedad de motivos por los que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista dejan el plan usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso sin interrupciones a médicos y especialistas calificados.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor se retira de nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar otro.
- Nosotros le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para asegurar que eso se cumpla.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo debidamente administrada, tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que maneje su atención.
- Para recibir ayuda comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona el plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen abajo:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso sin interrupciones a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor se retira de nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar otro.
- Nosotros le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para asegurar que eso se cumpla.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con costos compartidos dentro de la red.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si averigua que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que maneje su atención.

Para recibir ayuda comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red

Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red (para obtener más información al respecto, vea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Sin embargo, tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en casos de atención de emergencia o urgencia. Si los servicios que necesita no están disponibles en la red, necesitará una autorización previa del plan. Usted también puede recibir tratamiento de diálisis, si está de viaje fuera del área de servicio y no puede recibir el tratamiento de los proveedores de la red de servicios.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica**¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer si tiene una?**

Una **"emergencia médica"** es cuando usted o cualquier otra persona legamente prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o incapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **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. Llame una ambulancia si es necesario. No necesita obtener primero la aprobación o la remisión de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no son parte de nuestra red [los planes pueden modificar esta oración para identificar si esta cobertura es dentro de los EE. UU. o es una cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo].
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, por lo general dentro de las siguientes 48 horas. (El número de teléfono de Servicios para Miembros figura en el reverso de su tarjeta y también en la contraportada de este manual).

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede recibir cobertura de atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Sin embargo, el plan no pagará para que usted regrese a los Estados Unidos o sus territorios para recibir su tratamiento. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que dirigirse a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este manual.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionan la atención de emergencia para ayudar en su manejo y seguimiento. Los médicos que brindan la atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza su situación y termina la emergencia médica.

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que dirigirse a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que brindan la atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza su situación y termina la emergencia médica.

Después de que termine la emergencia, usted tiene derecho a la atención de seguimiento para asegurarse de que su condición sigue siendo estable. Sus médicos

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

seguirán brindándole tratamiento hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinarla de manera que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia pensando que su salud está en serio peligro, y el médico le podría decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. 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 la atención que reciba.

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 para obtener la atención adicional.
- – o – La atención adicional que reciba se considera un “servicio necesario de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener estos servicios necesarios de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Obtener atención cuando se presenta una necesidad urgente
--------------------	--

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Un servicio necesario de urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios necesarios de urgencia y que se prestan fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son i) un dolor de garganta grave que ocurre durante el fin de semana; o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

¿Qué sucede si estaba en el área de servicio del plan cuando necesitó servicios de urgencia?

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran accesibles o no están disponibles en el momento y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando esta se encuentre disponible, cubriremos los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.

Comuníquese con el consultorio de su PCP para obtener ayuda adicional para localizar a un centro de atención médica de urgencia o comuníquese con nosotros para obtener la lista de los centros de atención de urgencia que están en la red.

¿Qué sucede si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando surge una necesidad urgente de atención?

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

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Sin embargo, el plan no pagará para traerlo de vuelta a los Estados Unidos o sus territorios para su atención.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante una catástrofe
--------------------	---

Si el gobernador de Massachusetts, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el Presidente de Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a la atención médica de su plan.

Visite el siguiente sitio web: wellsense.org/sco para obtener información sobre cómo obtener atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede usar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, usted puede adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 **¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios?**

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 4.1 Usted puede solicitar que paguemos por los servicios cubiertos

Si pagó los servicios cubiertos, o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 (Cómo solicitar el pago de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información acerca de cómo proceder.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se enumeran el Cuadro de beneficios médicos (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de forma consistente con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea debido a que no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no se autorizaron.

Si tiene preguntas respecto a si pagaremos la atención o el servicio médico que planea recibir, tiene el derecho de preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. Usted también tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si decidimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 8 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) ofrece más información acerca de qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “estudio clínico”) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y usted expresa su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si usted cumple los requisitos que establecen los científicos que van a llevarlo a cabo. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos correspondientes y comprenda y acepte plenamente lo que implica participar de dicho estudio.

Si usted participa de un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, usted solo es responsable del costo compartido dentro de la red para los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no se encuentra relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar de cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo informe ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario obtener permiso de nuestro plan para participar de un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de este tipo.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, contáctese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para hacerles saber que usted participará de un estudio clínico y para averiguar detalles más específicos acerca de lo que su plan pagará.

Sección 5.2	¿Quién paga qué cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?
--------------------	---

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Una vez que usted inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluye:

- Habitación y alimentación durante una estadía en el hospital que Medicare pagaría aun si usted no participara en un estudio
- Una cirugía u otro procedimiento médico si forman parte del estudio de investigación
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención

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

Para que paguemos nuestra parte de los costos, tendrá que presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, será necesario que nos envíe una copia de su resumen de Medicare u otra documentación que demuestre qué servicios recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Cuando usted forme parte de un estudio de investigación clínica, ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo ni servicio que se esté probando en el estudio, excepto en los casos en que Medicare cubriría el artículo o el servicio incluso si usted no estuviera participando en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le da gratis a usted o a cualquier participante.
- Los artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar información y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente necesitaría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare and

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Clinical Research Studies" ("Medicare y los estudios de investigación clínica"). (La publicación está disponible en: [medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una "institución religiosa de atención de la salud no médica"

Sección 6.1 ¿Qué es una "institución religiosa de atención de la salud no médica"?

Una institución religiosa de atención de la salud no médica es un centro que ofrece atención para una afección que, por lo general, se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar le brindaremos cobertura de atención en una institución de salud religiosa que no presta servicios médicos. Este beneficio se proporciona únicamente a los servicios para pacientes hospitalizados (servicios de atención médica no médicos) de la Parte A. Medicare pagará únicamente los servicios de atención médica no médicos proporcionados por una institución religiosa de salud que no presta servicios médicos.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica

Para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica, deberá firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea "no exceptuado".

- Atención o tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención o tratamiento médico que es voluntario y no exigido por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es la atención médica o el tratamiento médico que usted recibe, que no es voluntario o que es exigido según las leyes locales, estatales o federales.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de salud que no presta servicios médicos debe cumplir las siguientes condiciones:

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si usted obtiene los servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para atención hospitalaria o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – usted debe obtener aprobación de nuestro plan antes de ser ingresado a la institución o de lo contrario su estadía no estará cubierta.

La cobertura de hospitalización para pacientes internados con WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) no tiene limitaciones de cobertura para este servicio cubierto. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿El equipo médico duradero le pertenecerá luego de realizar determinada cantidad de pagos según el plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, silla de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, aparatos para generación de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor haya ordenado para el uso en casa. El miembro siempre es dueño de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, discutimos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan algunos tipos de DME son propietarios de los equipos después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), sin embargo, usted generalmente no adquiere la propiedad del DME alquilado sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el DME en Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

contraportada de este manual) para obtener información acerca de los requisitos que usted debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos que haya realizado por el equipo médico duradero si cambia a Original Medicare?

Si usted no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que hizo en Original Medicare no cuentan

Ejemplo 2: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para tener la propiedad del artículo una vez que se una a Original Medicare de nuevo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de contenido de oxígeno y oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si deja WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) o ya no necesita equipo de oxígeno médicamente, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses se alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede optar por quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos

Este capítulo incluye un Cuadro de beneficios que proporciona una lista de sus servicios cubiertos como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos

Debido a que usted recibe ayuda de MassHealth (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos siempre que cumpla las reglas del plan para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de las reglas del plan para recibir su atención médica).

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de MassHealth (Medicaid), no son responsables de pagar ningún costo de desembolso directo hacia la cantidad máxima de desembolso directo para los servicios de la Parte A y Parte B.

SECCIÓN 2 Utilice el Cuadro de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto

Sección 2.1 Sus servicios médicos, atención a largo plazo y servicios basados en el hogar y la comunidad u otros beneficios de MassHealth (Medicaid) únicamente **como miembro del plan**

El Cuadro de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumplen todos los requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth (Medicaid) deben proporcionarse de acuerdo con los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare y MassHealth (Medicaid).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y el equipo) deben ser médicamente necesarios. El término “médicamente necesario” o “necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que proporciona y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación anticipada (a veces, denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están señalados en el Cuadro de beneficios médicos en cursiva.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

Usted tiene cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido para servicios de Medicare, incluidos deducibles, copagos y coaseguro. MassHealth (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios basados en el hogar y la comunidad. Mostraremos sus beneficios en el siguiente cuadro como beneficios integrados o combinados de Medicare y MassHealth (Medicaid) cuando sea apropiado. Enumeraremos si los beneficios están cubiertos solo por Medicare y MassHealth (Medicaid), Medicare o Medicaid.

Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare y usted 2022. Consúltelo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o pida una copia llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048).

Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo el Plan Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. En ocasiones, durante el año, Medicare agrega una cobertura según Original

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Medicare para nuevos servicios. Si Medicare agrega cobertura de cualquier servicio durante 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán los servicios. Como se indica en la primera viñeta, arriba, nuestro plan cubre los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). MassHealth (Medicaid) también cubre su costo compartido de Medicare. Mostraremos sus beneficios en el siguiente cuadro como beneficios integrados o combinados de Medicare y MassHealth (Medicaid) cuando sea apropiado. Enumeraremos si los beneficios están cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid), solo Medicare o solo MassHealth (Medicaid). Si se encuentra en el período de un mes de consideración de elegibilidad continua del plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por Medicare del plan de Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, puede ser responsable de cualquier prima de Medicare que MassHealth (Medicaid) pagaría normalmente en su nombre. Los montos de costos compartidos para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian para este período.

Usted no paga nada por los servicios que se describen en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla los requisitos de cobertura que se describen anteriormente.

Beneficios Suplementarios Especiales para los Enfermos Crónicos: Información importante sobre beneficios para los inscritos con condiciones crónicas

- El plan está ofreciendo un nuevo beneficio suplementario especial para los enfermos crónicos. Esto se aplica a usted si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios. Usted puede ser elegible para un beneficio suplementario especial para enfermos crónicos.
 - Dependencia crónica al alcohol y otras drogas.
 - Trastornos autoinmunes que incluyen, entre otros:
 - poliarteritis nodosa,
 - polimialgia reumática,
 - polimiositis,
 - artritis reumatoide, y
 - lupus eritematoso sistémico;
 - cáncer, excluyendo las condiciones previas al cáncer o el estado in situ;
 - trastornos cardiovasculares limitados a:
 - arritmias cardíacas,
 - enfermedad arterial coronaria,
 - enfermedad vascular periférica, y
 - trastorno tromboembólico venoso crónico;
 - insuficiencia cardíaca crónica;

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

- demencia;
- diabetes mellitus;
- enfermedad hepática terminal;
- enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis;
- trastornos hematológicos graves limitados a:
 - anemia aplásica,
 - hemofilia,
 - púrpura trombocitopénica inmune,
 - síndrome mielodisplásico,
 - enfermedad de células falciformes (excluyendo el rasgo de células falciformes), y
 - trastorno tromboembólico venoso crónico;
- VIH/SIDA;
- trastornos pulmonares crónicos limitados a:
 - asma,
 - bronquitis crónica,
 - enfisema,
 - fibrosis pulmonar, e
 - hipertensión pulmonar;
- condiciones de salud conductual crónicas e incapacitantes limitadas a:
 - trastorno bipolar,
 - trastorno depresivo grave,
 - trastorno paranoico,
 - esquizofrenia, y
 - trastorno esquizoafectivo;
- trastornos neurológicos limitados a:
 - esclerosis lateral amiotrófica (ELA),
 - epilepsia,
 - parálisis extensa (es decir, hemiplejia, cuadripléjica, paraplejia, monoplejia),
 - enfermedad de Huntington,
 - esclerosis múltiple,
 - enfermedad de Parkinson,
 - polineuropatía,
 - estenosis espinal, y
 - déficit neurológico relacionado con infarto cerebral; e
- infarto cerebral

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Otras condiciones que cumplen con los criterios de Medicare y que ponen en riesgo la vida o limitan significativamente la salud y la función general de la persona inscrita.
- Por favor, vaya a la fila “Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos” en la siguiente tabla de beneficios médicos para obtener más detalles.

 Usted verá esta manzana al lado de los servicios de prevención en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un examen de detección de ultrasonido por única vez para personas con riesgo. El plan cubre únicamente estos exámenes si usted presenta ciertos factores de riesgo y si su médico, auxiliar médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica lo deriva.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros que tienen derecho a esta prueba de detección preventiva.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Acupuntura para el dolor crónico de espalda baja

Los servicios cubiertos incluyen:

\$0 de copago

Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:

Medicare y
MassHealth
(Medicaid)
proporcionan
cobertura.

A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como un dolor que:

- dura 12 semanas o más;
- es inespecífico, ya que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);
- no está asociado con la cirugía; y

Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.

El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está retrocediendo.

Requisitos del proveedor:

Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.

Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:

- una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y
- una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un Estado, Territorio o

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o Distrito de Columbia.</p> <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Atención diurna y transporte para adultos (mínimo 2 días a la semana)</p> <p>Servicios basados en el centro que pueden incluir servicios de enfermería, vigilancia de la salud, asistencia en las actividades de la vida diaria, servicios dietéticos y nutricionales, servicios de orientación, actividades y transporte en un sitio aprobado de MassHealth (Medicaid).</p> <p>Se necesita autorización previa para la Atención diurna para adultos.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en hogares de acogida para adultos (AFC)/Atención en hogares de acogida colectivos para adultos (GAFC)</p> <p>La AFC es para aquellos miembros que necesitan ayuda diaria con atención personal, pero que desean vivir en un entorno familiar en vez de un hogar de ancianos u otro establecimiento. El cuidador ofrece comidas, compañía, asistencia de cuidado personal y supervisión las 24 horas. Los miembros de la AFC viven con cuidadores capacitados pagados que proporcionan la atención diaria. Los cuidadores pueden ser personas, parejas o grupos familiares más grandes.</p> <p>GAFC incluye servicios de atención personal para miembros que califican con discapacidades que viven en hogares aprobados como GAFC. El alojamiento puede ser una residencia con servicios de asistencia, una vivienda subvencionada o pública especialmente diseñada.</p> <p>Se necesita autorización previa para la Atención en hogares de acogida para adultos (AFC) y para la Atención en hogares de acogida colectivos para adultos (GAFC).</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia aérea (avión o helicóptero) y terrestre al establecimiento correspondiente más cercano que pueda ofrecer la atención, solo si la afección médica del asegurado es tal que otros medios de transporte estarían contraindicados (ya que pondrían en peligro la salud de la persona) o si lo autoriza el plan. El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la condición del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente, y el traslado en ambulancia es médicamente necesario. <p>Se necesita autorización previa para los servicios de transporte que no sean de emergencia como se describe en el párrafo anterior.</p>	<p>\$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, tiene derecho a una visita preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo a menos de 12 meses de su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, usted no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales después de 12 meses de haber tenido la Parte B.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>En las personas que califican (en general, esto significa personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, para detectar la pérdida de masa ósea o para determinar la calidad del hueso, incluida una interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la mamografía de detección cubierta.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplen determinadas condiciones y que cuentan con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Visita para reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención médica primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede discutir el uso de aspirina (si corresponde), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted se esté alimentando de forma saludable.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.</p>
<p> Examen de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el examen de enfermedad cardiovascular cubierto una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal y ha tenido un resultado anormal del examen de Papanicolaou en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones • Otros servicios quiroprácticos médicamente necesarios están cubiertos hasta un máximo de 20 visitas por año de beneficio bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid). <p>Se requiere autorización previa para cualquier servicio, excepto la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación, que exceda el límite de 20 visitas.</p>	<p>\$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>
<p>Servicios domésticos</p> <p>Apoyo en las tareas livianas y tareas más pesadas para ayudar a los miembros a quedarse en casa o para fomentar la salud y la seguridad.</p>	<p>\$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o mayores, están cubiertos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de las siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en heces (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años</p> <p>Para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de colonoscopia (o examen de detección por enema de bario, como alternativa) cada 24 meses <p>Para personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de compañía</p> <p>Incluye socialización, ayuda para ir de compras y diligencias, acompañante para las visitas al médico, centros de nutrición, caminatas, actividades recreativas y asistencia con la preparación y servicio de meriendas ligeras.</p>	<p>\$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de habilitación diurnos</p> <p>Programa estructurado de tratamiento orientado a un objetivo, de servicios orientados de forma médica, terapéuticos y de habilitación para miembros con discapacidades del desarrollo.</p> <p>Se necesita autorización previa para los Servicios de habilitación diurnos.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p>Atención diurna a personas con demencia</p> <p>Entorno seguro y estructurado para miembros con discapacidades cognitivas aprobado por el Departamento de Asuntos de Adultos Mayores.</p> <p>Se necesita autorización previa para la Atención diurna a personas con demencia.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos, pero no se limitan a, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas de atención de emergencia • Extracciones (extracción de dientes) • Restauraciones (empastes) • Endodoncia (tratamiento de conductos) • Tratamiento periodontal (higiene profunda) • Coronas (algunas coronas están excluidas, incluidas, entre otras, las coronas de porcelana) • Prótesis dentales (completas, parciales o reparación), incluyendo procedimientos quirúrgicos relacionados con prótesis dentales totales o parciales • Diagnóstico (exámenes y radiología) • Preventivo (limpiezas) • Algunas cirugías orales, como biopsias y cirugía del tejido blando • Otros según sean médicamente necesarios <p>Se puede exigir autorización previa para algunos servicios dentales que no son de rutina.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>La cobertura del reemplazo de prótesis dentales se limita a una vez cada siete (7) años, a menos que su equipo de atención primaria o proveedor de atención primaria autoricen algo distinto.</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p> Detección de la depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. La prueba de detección se debe hacer en un ambiente de atención primaria que brinde tratamiento de seguimiento y/o remisiones.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de depresión.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión alta (hipertensión), historial de presencia de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). También pueden estar cubiertas determinadas pruebas si usted cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener un historial familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, usted calificará para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>En todas las personas que tienen diabetes (usuarios o no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para el control de la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para determinar la glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos de lancetas y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas diabéticas que tienen pie diabético grave: un par por año calendario de calzado terapéutico hecho a medida (incluidas las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas removibles no personalizadas que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en determinadas condiciones. 	<p>\$0 de copago</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**

(Consulte la definición de “equipo médico duradero” en el Capítulo 12, y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).

Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, aparatos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare, así como por MassHealth (Medicaid). Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante específicos, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web en **wellsense.org/sco**.

Por lo general, WellSense Senior Care Options cubre los DME cubiertos por MassHealth (Medicaid) de las marcas y fabricantes en esta lista. No cubriremos otros fabricantes y marcas a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que el medicamento de marca es apropiado para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en WellSense Senior Care Options y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esa marca para usted durante 90 días. Durante ese tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué medicamentos de marca son médicamente apropiados para usted cuando termine el período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitar que lo derive para una segunda opinión).

Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de la cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o medicamento de marca es apropiado para su afección médica. (Para obtener

[\$0 de copago

Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Si antes de inscribirse en WellSense Senior Care Options usted había hecho 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en WellSense Senior Care Options es

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 8, Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).</p> <p>Se necesita autorización previa para determinados suministros y equipos médicos duraderos.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una situación de emergencia médica. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona legamente prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que exigen atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios brindados fuera de la red son los mismos que para aquellos dentro de la red.</p> <p>La cobertura se proporciona para un beneficio complementario que cubre servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Sin embargo, el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios NO está cubierto.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria luego que se estabiliza su estado de emergencia, debe volver a un hospital de la red para que su atención continúe con cobertura O BIEN debe obtener autorización del plan para su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red. Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de adaptación al entorno</p> <p>Adaptaciones en el hogar, modificaciones o equipo de adaptación para ayudar a que el miembro siga siendo independiente o mejore su independencia.</p> <p>Se necesita autorización previa para los Servicios de adaptación al entorno.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p>Coordinación de servicios de apoyo geriátrico (GSSC)</p> <p>Evaluación en el hogar y servicios de coordinación basados en el hogar proporcionados por un administrador de caso ASAP contratado por el plan</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p>Servicios de compra/entrega de productos del supermercado</p> <p>Incluye pedido de productos del supermercado, compras, entrega y apoyo según sea necesario; puede incluir información y educación nutricional</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficio de acondicionamiento físico (beneficio suplementario) • Material impreso para la educación de la salud • Capacitación sobre nutrición • Beneficios nutricionales • Otros servicios para el bienestar de la salud 	<p>Beneficio de acondicionamiento físico: Programa Silver Sneakers</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor con el fin de determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son realizadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid), también proporcionamos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina • Audífonos, incluidas evaluaciones de ajuste, reparaciones y sustituciones de audífonos • Exámenes y evaluaciones de audiología • Servicios de diagnóstico <p>Se necesita autorización previa para los audífonos o reemplazo de instrumentos antes de que cumplan 5 años de antigüedad. No se necesita Autorización previa para los exámenes de audición.</p>	<p>\$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>
<p> Pruebas de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que se encuentran en alto riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen cada 12 meses 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros que califiquen para la prueba de detección preventiva de VIH cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de una agencia de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir atención de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita esos servicios y ordenar que se le brinden a través de una agencia de atención de salud en el hogar. Usted debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de su casa representa un enorme esfuerzo. Los servicios se pueden proporcionar bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid) cuando el miembro no cumple con los criterios de Medicare.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y servicios de atención médica en el hogar (para tener cobertura conforme al beneficio de atención en el hogar, sus cuidados especializados de enfermería y servicios de atención médica en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas diarias y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos • Otros servicios médicos cuando el plan determine que el mejor lugar para que se brinden dichos servicios es el hogar <p>Se necesita autorización previa para los Servicios de atención médica en el hogar.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de atención médica en el hogar</p> <p>Incluye cambios simples de ropa, asistencia con medicamentos, actividades para apoyar las terapias de habilidades y atención de rutina de dispositivos ortopédicos y prótesis bajo la supervisión de una enfermera autorizada (RN) u otro profesional. No necesita estar confinado en el hogar para tener cobertura de los servicios conforme a este beneficio.</p> <p>Se necesita Autorización previa para los Servicios de atención médica en el hogar.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, globulina inmune), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • La formación y la educación de los pacientes no están cubiertas de otra manera bajo el beneficio de equipos médicos duraderos • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar <p>Se necesita autorización previa para los Servicios de atención médica en el hogar.</p>	<p>[Liste los copagos/coaseguro /deducible] \$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>
<p>Servicios del hogar</p> <p>Incluye ayuda con las compras, planificación del menú, preparación de comidas, lavandería y tareas livianas del hogar.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos</p> <p>Usted califica para recibir los beneficios de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un diagnóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <p><u>Para servicios de cuidados paliativos o para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos los servicios del centro de cuidados paliativos que estén relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted está en un programa de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Original Medicare los servicios que le corresponde pagar a Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de servicios de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, no por WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Cuidados paliativos (continuación)**

Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia o que no son de atención urgente que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su enfermedad terminal, su costo por estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y siga las reglas del plan (como si hay un requisito de obtener autorización previa).

- Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, únicamente pagará el monto de costo compartido del plan por servicios de la red.
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido por la tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare).

En los servicios cubiertos por WellSense Senior Care Options, pero que no tienen cobertura con arreglo a la Parte A o B de Medicare: WellSense Senior Care Options continuará la cobertura de los servicios cubiertos por el plan que no tienen cobertura conforme a la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no se relacione con su enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta del centro de cuidados paliativos (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha optado por el beneficio de cuidados paliativos.</p> <p>El plan también cubre cobertura de cuidados paliativos (habitación y alimentación en un centro de atención) bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid), cuando no está cubierto por Original Medicare.</p> <p>Se necesita autorización previa para recibir determinados servicios de cuidados paliativos.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare de la Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o medio de contraer hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumple los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p>

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye pacientes hospitalizados en estado agudo, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresan oficialmente al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)• Comidas que incluyen dietas especiales• Servicios regulares de enfermería• Los costos de unidades de cuidados especiales (como la unidad de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios)• Medicamentos y fármacos• Pruebas de laboratorio• Radiografías y otros servicios de radiología• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios• Uso de aparatos, como sillas de ruedas• Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje• Servicios de hospitalización por trastornos por abuso de sustancias	

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D****Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados
(continuación)**

- En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, nosotros haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir hacerlo de forma local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar las tarifas de Original Medicare. Si WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en dicha ubicación distante, arreglaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.
- Sangre: incluidos su almacenamiento y administración La cobertura de sangre completa, concentrado de glóbulos rojos y otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta usada, según su beneficio de MassHealth (Medicaid).
- Servicios médicos

Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe extender una orden para ingresarlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.

Puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare, titulada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja informativa se encuentra disponible en la web, en [medicare.gov/sites/default/files/20210/11435-Inpatient-or-](https://www.medicare.gov/sites/default/files/20210/11435-Inpatient-or-)

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Outpatient.pdf o llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Se necesita autorización previa para la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>	
<p>Atención de salud conductual para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud conductual que requieren una estadía en el hospital. En virtud de Medicare, usted tiene cobertura para un límite vitalicio de 190 días para servicios a pacientes hospitalizados en hospitales psiquiátricos. El límite de 190 días no aplica a los servicios de salud conductual para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • En virtud de MassHealth (Medicaid), usted está cubierto para estadías hospitalarias en un hospital psiquiátrico o en una unidad psiquiátrica de un hospital general más allá del límite de Medicare o cuando no se cumplan los criterios de Medicare, siempre y cuando la estancia hospitalaria sea médicamente necesaria y aprobada por nuestro proveedor de salud conductual. • Se requiere autorización previa para la atención de salud conductual para pacientes hospitalizados. 	<p>\$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estancia hospitalaria no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estancia hospitalaria no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia hospitalaria. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para la reducción de fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno permanentemente inoperativo o con mal funcionamiento, incluyendo el reemplazo o reparaciones de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, cuello; brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención institucional a largo plazo en asilo (cuidado supervisado)</p> <p>Atención de personal no especializado, como ayuda con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, alimentarse, levantarse de la cama o de la silla y acostarse, movilizarse y usar el baño. También puede incluir la atención que la mayoría de las personas se presta a sí mismas, como el uso de gotas para los ojos.</p> <p>Se necesita autorización previa para la Atención institucional a largo plazo en asilo.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p>Servicios de lavandería</p> <p>Servicios de limpieza que ofrece una empresa de lavandería.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (pero que no se realizan diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoría personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, también podría recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.</p> <p>La cobertura proporcionada por MassHealth (Medicaid) cuando los servicios no tienen cobertura conforme a Medicare o cuando sea médicamente necesario, como cuando el miembro no puede cumplir los requisitos nutricionales diarios utilizando solo comida debido a una lesión o enfermedad.</p> <p>Se requiere autorización previa para terapia de nutrición médica cuando no esté cubierta por Medicare.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros que califiquen para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare. Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>
<p>Suministros médicos</p> <p>Incluye la cobertura de suministros como los suministros para la incontinencia y suplementos nutricionales.</p> <p>Se necesita autorización previa para determinados suministros médicos.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare que califiquen bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de la salud, que proporciona capacitación práctica en cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> <p>Medicare proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**

Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:

\$0 de copago
Medicare
proporciona
cobertura.

- Medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o introducen mientras usted recibe servicios médicos, de paciente ambulatorio o de centros de cirugía ambulatoria
- Medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan
- Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si padece de hemofilia
- Medicamentos inmunosupresores, si se inscribió en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órganos
- Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento
- Antígenos
- Determinados medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas
- Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades primarias de inmunodeficiencia en el hogar

También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe cumplir para contar con la cobertura de recetas médicas.	
Evaluación nutricional Evaluación integral llevada a cabo por un nutricionista calificado con un plan nutricional desarrollado con base en la evaluación.	\$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.
 Pruebas de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la realiza en un entorno de atención primaria, donde puede ser coordinada con su plan de prevención integral. Hable con su médico o proveedor de atención médica primaria para averiguar más al respecto.	No hay coaseguro, copago ni deducible para el examen y la terapia preventiva de la obesidad.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoría para el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Prueba de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios terapéuticos y suministros</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios del técnico • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para la reducción de fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración La cobertura de la sangre entera y glóbulos rojos llenos comienza recién con la cuarta pinta de sangre que usted necesita; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtiene en un año calendario u obtener sangre donada por usted u otra persona. Todos los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta usada, según su beneficio de MassHealth (Medicaid). • Otros exámenes de diagnóstico ambulatorios <p>Puede ser necesaria la autorización previa para algunos servicios.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios para pacientes ambulatorios brindados para determinar si se lo debe ingresar como paciente hospitalizado o si se lo puede dar de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y se los debe considerar razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se brinden por orden de un médico u otra persona autorizada según la ley de licencia estatal y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor escriba una orden que lo ingrese como paciente en el hospital, es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios de hospital a pacientes ambulatorios. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si usted es un paciente ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare, titulada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja informativa se encuentra disponible en la web, en medicare.gov/sites/default/files/20210/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D****Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios**

Cubrimos servicios de urgencia que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o una lesión.

\$0 de copago
Medicare y
MassHealth
(Medicaid)
proporcionan
cobertura.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria.
- Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital.
- Atención de salud conductual, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de no brindarse, necesitará tratamiento como paciente internado
- Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital.
- Suministros médicos, como férulas y yesos
- Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede aplicarse a sí mismo

Nota: A menos que el proveedor escriba una orden que lo ingrese como paciente en el hospital, es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios de hospital a pacientes ambulatorios. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si usted es un paciente ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital.

Puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare, titulada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja informativa se encuentra disponible en la web, en [medicare.gov/sites/default/files/20210/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://www.medicare.gov/sites/default/files/20210/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf) o llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de salud conductual para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud conductual proporcionados por un médico o psiquiatra clínico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado, auxiliar médico u otro profesional de atención de la salud conductual calificado por Medicare, autorizado por el estado, según lo permita la ley estatal aplicable. Los beneficios también están disponibles en virtud de MassHealth (Medicaid) cuando se proporcionan en una instalación de salud conductual basada en la comunidad para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted debe acudir a un proveedor de Carelon Health (Carelon). Para coordinar, comuníquese con Servicios para Miembros al 855-833-8125, TTY/TDD: 711</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	
<p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Tanto Medicare como MassHealth (Medicaid) cubren los servicios de rehabilitación ambulatorios que se brindan en varios establecimientos ambulatorios, como departamentos de consultas ambulatorias, consultorios de terapeutas independientes y Centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>
<p>Los servicios proporcionados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de fisioterapia: evaluación, tratamiento y restauración al mejor funcionamiento posible o normal de los sistemas neuromuscular, musculoesquelético, cardiovascular y respiratorio. • Servicios de terapia ocupacional: evaluación y tratamiento de las funciones físicas afectadas de un miembro en su propio entorno. • Servicios del habla y la audición: evaluación y tratamiento del habla, lenguaje, voz, audición, fluidez y trastornos de deglución. 	
<p>Los servicios se pueden proporcionar bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid) cuando no se cumple con los criterios de cobertura en virtud de Medicare.</p>	
<p>Se necesita autorización previa para los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p>	
<p>No se necesita autorización previa para la evaluación inicial de cada terapia.</p>	

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros para pacientes ambulatorios del hospital y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si se debe realizar una cirugía en un hospital, debería verificar con su proveedor si será un paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que el proveedor le prescriba una orden para ingresarlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de la cirugía ambulatoria. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio".</p> <p>Se puede necesitar autorización previa para determinados servicios de cirugía ambulatoria.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Este beneficio suplementario se combina con el beneficio suplementario para enfermos crónicos, enumerados anteriormente en esta tabla. Le proporcionaremos una tarjeta, valorada en \$75 por mes (los montos no utilizados NO se transferirán al mes siguiente dentro del mismo año calendario) y esta cantidad se puede utilizar para una combinación de OTC o artículos de Food & Produce. La cantidad máxima combinada que recibirá por año calendario no excederá de \$900 por año calendario.</p>	<p>\$75 (combinados entre OTC y Food & Produce) por mes. No se transfieren al siguiente mes.</p> <p>Medicare proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, proporcionado como un servicio hospitalario para paciente ambulatorio o a través de un centro comunitario de salud conductual que es más intenso que el recibido en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Usted debe acudir a un proveedor de Carelon Health (Carelon). Para coordinar, comuníquese con Servicios para Miembros al 855-833-8125, TTY/TDD: 711.</p> <p>Se necesita autorización previa para los servicios de hospitalización parcial.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p>Asistente de cuidado personal</p> <p>Programa dirigido por el consumidor que permite que los miembros contraten a un asistente de atención personal (Personal Care Attendant, PCA) para que les preste ayuda en las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), como traslados/movilidad, medicamentos, bañarse o afeitarse, vestirse o desvestirse, una variedad de ejercicios de movimiento, comer, ir al baño y en actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) como ir de compras, lavar la ropa, preparar la comida y realizar la limpieza del hogar.</p> <p>Se necesita autorización previa para el programa de Asistente de cuidado personal.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de atención personal Incluye bañarse, vestirse, afeitarse, cuidado de los pies, ayuda con las prótesis dentales, para afeitarse, ayuda con la bacinilla, comer, moverse y trasladarse. Se necesita autorización previa para los Servicios de atención personal.</p>	<p>\$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p>Sistemas de respuesta a emergencias personales (PERS) Sistema de comunicación médica que permite que los miembros que tienen una emergencia médica en casa activen un dispositivo electrónico que transmite una señal a una estación de monitoreo.</p>	<p>\$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios del médico/profesional de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios médicos de atención o cirugía médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento de pacientes ambulatorios o cualquier otra ubicación
- Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista
- Exámenes básicos de la audición y del equilibrio, proporcionados por su PCP O especialista, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico
- Ciertos servicios de telesalud, incluyendo:
 - Servicios de rehabilitación cardíaca
 - Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva
 - Servicios de rehabilitación pulmonar
 - SET para servicios PAD
 - Servicios necesarios de urgencia
 - Servicios del médico de atención primaria
 - Servicios quiroprácticos
 - Servicios de terapia ocupacional
 - Servicios de médico especialista
 - Sesiones individuales para Servicios de especialidades de salud conductual
 - Sesiones grupales para Servicios de especialidades de salud conductual
 - Servicios de podología
 - Otro profesional de la salud
 - Sesiones individuales para servicios psiquiátricos
 - Sesiones grupales para servicios psiquiátricos
 - Servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje
 - Servicios del programa de tratamiento para el uso de opioides
 - Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

\$0 de copago

Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones individuales para trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Sesiones grupales para trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Servicios de educación sobre enfermedades renales • Capacitación para el automanejo de la diabetes • Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare • Usted tiene la opción de obtener estos servicios por telesalud. Si decide obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de red que ofrezca el servicio por telesalud. • Estos servicios se pueden obtener electrónicamente a través de audio y video en tiempo real o por teléfono. • Servicios de telesalud para visitas mensuales <ul style="list-style-type: none"> ○ relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en hospitales o de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro 	
<p>Servicios del médico/profesional de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en hospitales o de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un infarto cerebral, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud conductual concurrente, independientemente de su ubicación 	

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud conductual si:<ul style="list-style-type: none">○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias.• Servicios de telesalud para visitas de salud conductual proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente.• Check-in virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5-10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ El check-in no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ El check-in no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más pronto disponible• Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más pronto disponible• Consulta de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico• Segunda opinión de otro proveedor de la red de servicios antes de la cirugía	

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico). <p>Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios prestados por su PCP u otro médico.</p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas de las extremidades inferiores <p>MassHealth (Medicaid) puede cubrir servicios que no sean de rutina cuando no se cumplen los criterios de Medicare.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o mayores, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen rectal digital Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la prueba anual de PSA.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (excepto dentales) que sustituyen la totalidad o parte de una parte del cuerpo o función. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y materiales directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con las prótesis o su reparación o reemplazo. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección.</p> <p>MassHealth (Medicaid) puede proporcionar cobertura para dispositivos protésicos y suministros relacionados cuando no se cumplan los criterios de Medicare.</p> <p>Puede ser necesaria la autorización previa para determinadas prótesis.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar emitida por el médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>Se necesita autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>MassHealth (Medicaid) puede proporcionar cobertura si no se cumple el criterio de Medicare.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de relevo</p> <p>Incluye uno o más servicios de atención en el hogar para relevar temporalmente al cuidador primario de un miembro, en circunstancias planificadas o en caso de emergencias, de las presiones diarias y demandas de la atención a un miembro con el fin de fortalecer o apoyar al sistema de apoyo informal. Puede incluir la ubicación a corto plazo en hogares de acogida de atención para adultos, centros de enfermería, hogares de reposo u hospitales. Asimismo, puede brindarle a su cuidador un mínimo de 1 día hasta un máximo de 3 días libres por año y durante ese tiempo se le asignará una atención de relevo, hospitalaria o ambulatoria según sea necesario.</p> <p>Se necesita autorización previa para los Servicios de atención de relevo.</p>	<p>\$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p> Detección y asesoría para la reducción del consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare que hacen uso indebido del alcohol pero no son dependientes.</p> <p>Si su examen de detección del consumo excesivo de alcohol resulta positivo, puede recibir 4 sesiones de asesoría personal al año (si usted está competente y alerta durante la asesoría) a cargo de un médico de atención médica primaria o un profesional calificado en un establecimiento de atención médica primaria.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare de exámenes y orientación para reducir el abuso del alcohol.</p>

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT)</p> <p>Para personas que califiquen, una LDCT está cubierta cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 50 y 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero con un historial de fumadores de tabaco de al menos 20 paquetes-año o que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes hayan recibido una orden escrita para una LDCT durante una asesoría sobre prueba de detección de cáncer de pulmón y consulta de decisión compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y que se haya proporcionado por un médico o practicante no médico calificado.</p> <p>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego de la detección inicial con LDCT: el miembro debe recibir una orden escrita para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser realizada durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional calificado que no sea un médico. Si un médico o auxiliar médico calificado elige proporcionar orientación para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas para exámenes de detección de cáncer de pulmón siguientes con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p>Se necesita autorización previa.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoría y de toma de decisión compartida cubierta por Medicare o por la LDCT.</p>

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para ciertas personas que están en mayor riesgo de una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales de entre 20 y 30 minutos de asesoría conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos que tienen un alto riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo, si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y si se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de examen de detección de ITS y asesoría para prevenir ITS cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación en enfermedades renales para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado. Para miembros con etapa IV de la enfermedad renal crónica cuando sean derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de la enfermedad renal una vez en la vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra provisionalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio está temporalmente inaccesible o no disponible). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es ingresado como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación de autodiálisis, que incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar • Suministros y equipo de diálisis en el hogar • Algunos servicios de apoyo domiciliario (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para examinar su diálisis en el hogar, ayuda en emergencias y revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF)

(Busque en el Capítulo 11 de este documento la definición de "centro de enfermería especializada". Los centros de enfermería especializada a menudo se conocen como "SNF").

Medicare cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada en un período de beneficios. Hay cobertura adicional para atención a largo plazo bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).
- Comidas, incluidas dietas especiales
- Servicios de enfermería especializada
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de la coagulación sanguínea)
- Sangre: incluidos su almacenamiento y administración La cobertura de sangre completa, concentrado de glóbulos rojos y otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta usada, según su beneficio de MassHealth (Medicaid).
- Suministros médicos y quirúrgicos, generalmente proporcionados por el SNF
- Pruebas de laboratorio, generalmente proporcionadas por el SNF
- Radiografías y otros servicios de radiología, generalmente proporcionados por el SNF
- Uso de aparatos como sillas de ruedas generalmente proporcionados por el SNF
- Servicios de médicos/profesionales

Por lo general, obtendrá la atención de un SNF en centros de la red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pueda obtener su cuidado de un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades que paga nuestro plan.

\$0 de copago
Medicare y
MassHealth
(Medicaid)
proporcionan
cobertura.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Una residencia para ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el centro proporcione atención de enfermería especializada). Un SNF donde su cónyuge está viviendo en el momento en que usted abandona el hospital. <p>Se requiere autorización previa para la atención en un Centro de enfermería especializada.</p>	
<p> Dejar de fumar y de usar tabaco (orientación para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos orientaciones para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si utiliza tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco, o toma algún medicamento que podría ser afectado por el tabaco:</u> cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos orientaciones de intento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses, sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura para reemplazo de nicotina que incluye parches de nicotina, goma de mascar, pastillas medicinales y otros medicamentos si están recetados por su médico. Se necesita receta médica para los medicamentos de reemplazo de nicotina.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar o de usar tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de atención social diurna</p> <p>Programas individualizados de actividad social para miembros que necesitan supervisión diurna en lugares fuera del hogar. Se necesita autorización previa para los Servicios de atención social diurna.</p>	<p>\$0 de copago MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos</p> <p>Estamos proporcionando a los miembros que son diagnosticados con ciertas condiciones crónicas (enumeradas en la Sección 2.1 de este Capítulo) que cumplen con ciertos criterios definidos a continuación, un beneficio suplementario adicional para Food & Produce. Este beneficio se combina con el beneficio suplementario para medicamentos, dispositivos y servicios de venta libre. Le proporcionaremos una tarjeta, valorada en \$75 por mes (los montos no utilizados no se transferirán al mes siguiente dentro del mismo año calendario) y esta cantidad se puede utilizar para una combinación de OTC o artículos de Food & Produce. La cantidad máxima combinada que recibirá por año calendario no excederá de \$900 por año calendario.</p>	<p>\$75 (combinados entre OTC y Food & Produce) por mes. No se transfieren al siguiente mes. Medicare proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios por trastornos por uso de sustancias</p> <p>Tanto Medicare como MassHealth (Medicaid) cubren lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultas de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios. Además, MassHealth (Medicaid) cubre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento para el tratamiento para trastornos por abuso de sustancias Medicamentos usados para tratar la dependencia a opioides Tratamiento de acupuntura Servicios de apoyo clínico Programas estructurados de adicción para pacientes ambulatorios Otros servicios requeridos por la ley o la regulación. <p>No se necesita autorización previa para los servicios por trastornos por abuso de sustancias. Usted debe acudir a un proveedor de Carelon Health (Carelon). Para coordinar, comuníquese con Servicios para Miembros al 855-833-8125, TTY/TDD: 711.</p>	<p>\$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El SET está cubierto para los miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión de PAD del médico responsable del tratamiento para la PAD.</p> <p>Se cubre hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos para el programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30-60 minutos, comprender un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para PAD en pacientes con claudicación • Ser realizado en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser prestado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen el daño, y que esté capacitado en el tratamiento con ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas <p>Es posible que se cubran más de 36 sesiones de SET durante 12 semanas por unas 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Medicare proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Transporte (que no es de emergencia a citas médicas)</p> <p>Taxi y silla de automóvil u otros medios de transporte por atención médica cubierta dentro de la comunidad del miembro, o comunidad más cercana si no hay otros recursos disponibles, cuando el miembro no pueda transportarse por sí mismo debido a razones de salud.</p> <p>Una parada: el plan cubrirá hasta 1 parada de regreso a su casa de su cita médica si necesita retirar un medicamento o suministros/dispositivos médicos como resultado de su cita. Esta parada está limitada a no más de 1 hora y se debe coordinar con anticipación a su cita. Puede solicitar una parada al momento de coordinar el transporte.</p> <p>Para los miembros que necesitan un viaje en menos de 48 horas, los conductores no se presentaron o cancelaron, CTS puede comunicarse con Lyft Health para el transporte. El miembro debe llamar al número de teléfono del proveedor (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para coordinar el transporte.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p>Transporte: social (no de emergencia, no médico)</p> <p>El transporte a servicios sociales no médicos está cubierto. Se le permite realizar 8 viajes sociales al mes, con un límite de 15 millas de ida o vuelta. Si solo necesita un viaje de ida, eso cuenta como un viaje.</p> <p>El miembro debe llamar al número de teléfono de CTS directamente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para coordinar el transporte.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios necesarios de urgencia</p> <p>Los servicios necesarios de urgencia son los que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección inesperada y que no es de emergencia, que requiere atención médica inmediata, pero, en ciertas circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios que el plan debe cubrir fuera de la red son: i) necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si no es razonable dadas sus circunstancias obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia de un proveedor fuera de la red.</p> <p>La cobertura se proporciona para un beneficio complementario que cubre servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Sin embargo, el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios NO está cubierto.</p>	<p>\$0 de copago Medicare y MassHealth (Medicaid) proporcionan cobertura.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D



Atención de la vista

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de consulta médica ambulatoria para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto
- Para personas que tienen alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con una historia familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más, e hispanoamericanos que tienen 65 años o más
- Para personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de catarata separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).

\$0 de copago
Medicare y
MassHealth
(Medicaid)
proporcionan
cobertura.

Además, usted también recibe servicios de la vista complementarios. Nuestro plan paga hasta \$325 por año calendario por anteojos como los que se describen a continuación:

- Lentes de contacto
- Anteojos (armazones y lentes)
- Armazones para anteojos
- Lentes para anteojos (incluidas actualizaciones)

Puede recurrir a un optometrista, oftalmólogo o a un centro de salud comunitario (CHC) con contrato que proporciona equipos, ya que estos proveedores pueden facturar directamente al plan. Para obtener ayuda para buscar a proveedores contratados, llame a Servicios para Miembros

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>(los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).</p> <p>Si lo prefiere, puede recurrir a proveedores sin contrato (como Walmart, Sears, etc.). Sin embargo, estos proveedores sin contrato no pueden facturar al plan directamente y pueden cobrarle por adelantado. Si opta por esa opción, deberá presentar documentación para el reembolso del Plan (consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener información sobre el reembolso).</p> <p>Para obtener ayuda para el proceso de reembolso o si no puede pagar en el momento en que recibe estos servicios, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). (Los beneficios de la vista adicionales son beneficios complementarios opcionales, no deben estar incluidos en el cuadro de beneficios; deben estar descritos en la Sección 2.2.).</p>	
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre esta visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios de prevención que usted necesita (incluidos algunos exámenes y vacunas) y remisiones para otra atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” únicamente dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite la consulta, avise al consultorio del médico que quiere programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

**SECCIÓN 3 Qué servicios están cubiertos fuera de WellSense
Senior Care Options (HMO D-SNP)**

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por el plan

Esta sección le indica qué servicios están "excluidos". Excluidos significa que no son servicios cubiertos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o están cubiertos por el plan únicamente bajo condiciones específicas.

Nosotros no pagaremos los servicios médicos excluidos descritos en el cuadro a continuación, excepto bajo las condiciones específicas enumeradas. Hay una única excepción: pagaremos por un servicio del cuadro a continuación si después de una apelación se comprueba que un beneficio de la lista de exclusiones es un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 8 de este manual).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en el cuadro de beneficios o en el cuadro siguiente.

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Acupuntura		<p>✓</p> <p>Cubierta para el dolor lumbar crónico.</p> <p>El Plan proporciona cobertura para los servicios de acupuntura para determinadas enfermedades conforme a los beneficios de acupuntura y trastornos por abuso de sustancias de Medicare y MassHealth (Medicaid)</p>

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p>✓</p> <p>Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones.</p> <p>Sin embargo, se cubren todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía y también del seno no afectado a fin de producir una apariencia simétrica.</p> <p>Los tratamientos médicos o con medicamentos tienen cobertura para corregir o reparar trastornos en la composición corporal causados por el síndrome de lipodistrofia, que incluye, entre otros, la cirugía reconstructiva, como liposucción, otros procedimientos restauradores e inyecciones dérmicas o de relleno para revertir el síndrome de lipodistrofia facial.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en circunstancias específicas
<p><u>Atención asistencial</u></p> <p>La atención de custodia (cuidado supervisado) es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico entrenado; por ejemplo, el que le ayuda en las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>		<p>✓</p> <p>Pueden tener cobertura del plan conforme al beneficio de los Servicios basados en la comunidad de MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales.</p> <p>Procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinen como generalmente no aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Vea el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.</p>	<p>✓</p>	
<p>Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.</p>	<p>✓</p>	

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Comidas a domicilio		<p>✓</p> <p>La cobertura puede ser provista por el plan conforme al beneficio de Servicios de comidas a domicilio de MassHealth (Medicaid) según se describe en esta Evidencia de cobertura.</p> <p>Puede tener cobertura del plan conforme al beneficio de Atención institucional de MassHealth (Medicaid).</p>
Los servicios de ayuda doméstica incluyen asistencia básica en el hogar, como el aseo de la vivienda o la preparación de comidas ligeras.		<p>✓</p> <p>Puede tener cobertura del plan conforme al beneficio de Atención institucional de MassHealth (Medicaid).</p>
Servicios de naturopatía (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental que no es de rutina		<p>✓</p> <p>La atención dental requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención para pacientes ambulatorios u hospitalizados. Algunos servicios tendrán cobertura del plan conforme al beneficio de Servicios dentales de MassHealth (Medicaid).</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Calzado ortopédico		<p>✓</p> <p>Si el calzado es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y está incluido en el costo del dispositivo, o el calzado es para personas con pie diabético.</p>
Artículos personales, como un teléfono o un televisor, en su habitación del hospital o el centro de enfermería especializada.	<p>✓</p>	
Habitación privada en un hospital.		<p>✓</p> <p>Solo cubierto cuando es médicamente necesario.</p>
Anulación de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos no recetados.		<p>✓</p> <p>El plan proporciona cobertura para anticonceptivos no recetados conforme a los beneficios de servicios preventivos de MassHealth (Medicaid).</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p>✓</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones. El plan cubre servicios adicionales en virtud del beneficio de atención quiropráctica MassHealth (Medicaid).</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o prótesis dentales.		<p>✓</p> <p>Esto tiene cobertura del plan conforme al beneficio de Servicios dentales de MassHealth (Medicaid).</p>
Exámenes de la vista rutinarios, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la vista disminuida.		<p>✓</p> <p>Se cubre el examen de los ojos y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas que se hayan sometido a una cirugía de cataratas. El plan proporciona cobertura hasta \$325 en cobertura complementaria para anteojos y lentes de contacto. La cobertura adicional para los exámenes de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto tienen cobertura del plan, sujeto a límites, conforme al beneficio de los servicios de atención de la vista de MassHealth (Medicaid).</p>
Atención de rutina de los pies		<p>✓</p> <p>Cobertura limitada de conformidad con las pautas de Medicare, p. ej., en caso de diabetes.</p>

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar los audífonos.		✓ Cubiertos por el plan conforme al beneficio de servicios de audiología y audífonos de MassHealth (Medicaid).
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de apoyo para los pies		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.

*La atención de custodia (cuidado supervisado) es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico entrenado; por ejemplo, el que le ayuda en las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D



¿Cómo obtener información acerca de sus costos de medicamentos?

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), califica para recibir y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que usted se encuentra en el programa de “Ayuda adicional”, **cierta información de esta Evidencia de cobertura acerca de los costos de la Parte D de medicamentos puede no aplicarse a usted.** Incluimos un inserto separado llamado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para las personas que obtienen Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula de Subsidio por bajos ingresos”, o la “Cláusula LIS”), el cual informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, se **explican las normas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de un centro de cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos según sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual) o visite nuestro sitio web (wellsense.org/sco).

Sección 1.1	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos, siempre que cumpla estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada para recetar) que le extienda la receta médica, que debe tener validez en virtud de la ley estatal aplicable.
- El profesional que le receta no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- En general debe usar una farmacia de la red para obtener su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2, Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan).
- Su medicamento debe formar parte de la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan (la denominamos "Lista de medicamentos", para abreviar). (Consulte la Sección 3, Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan).
- Debe utilizar su medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Utilizar una farmacia de la red
--

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se presentan en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo le cubriríamos sus recetas dispensadas en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red
--

¿Cómo puede buscar farmacias de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web en (wellsense.org/sco) o llamar a Servicios para Miembros.

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Qué sucede si la farmacia a la que acude abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que forme parte de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o usar el Directorio de proveedores y farmacias. También puede encontrar información en nuestro sitio web, en wellsense.org/sco.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para tener acceso a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que sirven al Servicio de salud indígena/Programa de salud para indígenas tribales/urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) a determinados lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** Este escenario es muy poco frecuente).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3	Utilizar el servicio de pedidos por correo del plan
--------------------	--

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. Estos medicamentos están marcados como

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos de **“pedidos por correo”** (“mail-order”) en nuestra Lista de medicamentos].

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de **hasta 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Por lo general, el pedido de la farmacia de pedidos por correo se le entregará en no más de 7 días. Si su receta de pedido por correo se retrasa, permitiremos un relleno en una farmacia minorista de la red cercana a usted para que no se quede sin medicamentos. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) si tiene problemas para recibir sus medicamentos.

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

Una vez que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, lo contactará para ver si desea que se suministre el medicamento inmediatamente o con posterioridad. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, a fin de informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Reposiciones de recetas médicas por correo. Para reposiciones, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le termine su receta actual, para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.4	¿Cómo puedo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?
--------------------	---

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de “mantenimiento” incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su Directorio de proveedores y farmacias

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?
--------------------	--

Su receta médica puede tener cobertura en determinadas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se adquieren en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red. Para ayudarlo, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para verificar si existe alguna farmacia de la red cerca. Es probable que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Estas son las circunstancias bajo las que cubriríamos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Cuando usted está fuera del área de servicio del plan y no hay una farmacia de la red de servicios disponible.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total al momento de adquirir su medicamento recetado. Puede solicitarnos un reembolso. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 explica cómo solicitar al plan su reembolso).

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

Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos
--------------------	---

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

El plan tiene una “Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)”. En esta Evidencia de cobertura, **la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.**

El plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos incluidos en esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos según sus beneficios de MassHealth (Medicaid). La lista de medicamentos cubiertos de MassHealth (Medicaid) está disponible en nuestro sitio web, wellsense.org/sco, o puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Generalmente, cubrimos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan siempre que respete las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está:

- Aprobado por la administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para lo que fue recetado.
- -- o -- Respaldo por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero se consideran no incluidos en el formulario para otras afecciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en el Buscador de planes de Medicare, junto con las condiciones médicas específicas que cubren.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos.

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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos funcionan igual de bien que los medicamentos de marca y a menudo cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

¿Qué no incluye la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.

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

Tiene 2 maneras de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan ([wellsense.org/sco](https://www.wellsense.org/sco)). La Lista de medicamentos que se encuentra en el sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llame a Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura en algunos medicamentos

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

En determinados medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos en las formas más eficaces. Consulte la Lista de medicamentos para saber si se aplica alguna de estas restricciones a un medicamento que usted toma o desea tomar. Si un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor.

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en potencia, cantidad o la forma de administración indicadas por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costo compartido a distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg; uno por día comparado con dos por día; comprimido comparado con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Las siguientes secciones proporcionan más información sobre los tipos de restricciones que aplicamos para determinados medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar lo que debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar no aplicar la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 8)

Restringimos los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

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 en lugar del medicamento de marca.** Sin

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted O nos informa la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que trate la misma afección funcionarán para usted, cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del costo para el medicamento de marca sea mayor que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

En determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se llama "autorización previa". Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esa aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos pero generalmente igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, el plan entonces cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina "terapia escalonada".

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 de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía que lo esté?

Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía
--------------------	--

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Hay situaciones en las que es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando, o un medicamento que su proveedor considere que debe tomar, que no se encuentre en nuestro formulario o que se encuentre en el formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento simplemente no esté cubierto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto en la forma en que usted desearía que esté cubierto.
- Si su medicamento no forma parte de la Lista de medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene alguna restricción?
--------------------	---

Si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o está restringido, a continuación encontrará algunas opciones:

- Podría obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Podría obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** o **ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de un mes (30 días). Si su receta médica indica menos días, autorizaremos múltiples dispensas para proporcionarle hasta un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento recetado debe adquirirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en cantidades menores en algún momento para evitar el desperdicio).
- **En el caso de los miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un establecimiento de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubrimos un suministro de emergencia de 3 días de un medicamento en particular o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal indicada arriba.

- **En el caso de los miembros que han estado en el plan por más de 90 días y tienen cambios en el nivel de atención en el cual pasan de un centro de tratamiento a otro y necesitan un suministro inmediato:**

Cubriremos un suministro de 30 días (ambulatorio) o un suministro de 3 días (atención a largo plazo) de un medicamento en particular o menos si su receta es por menos días.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros 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.

2) Puede solicitar una excepción

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría. Si su proveedor afirma que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de la excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento incluso si este no forma parte de la Lista de medicamentos del plan. O bien puede solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

[Plans may omit the following paragraph if they do not have an advance transition process for current members.] Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Usted puede pedir una excepción antes del próximo año, y le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 le informa qué hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año
--

La mayoría de los cambios en la cobertura del plan sucede al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar un límite de cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D****Sección 6.2 ¿Qué pasa si cambia la cobertura para uno de los
medicamentos que usted está tomando?****Información sobre los cambios a la cobertura de medicamentos**

Cuando ocurran cambios a la Lista de medicamentos, publicaremos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. A continuación, detallamos los momentos en los que recibiría un aviso directo si se realizan cambios a un medicamento que esté tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

A. Aviso general anticipado de que el patrocinador del plan puede sustituir inmediatamente nuevos medicamentos genéricos:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos).**
 - Podríamos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del medicamento genérico. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más abajo y con las mismas o menos restricciones. Podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente lo moveremos a un nivel de costo compartido superior o agregaremos nuevas restricciones o las dos cosas cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.
 - Es posible que no le informemos con anticipación cuando hagamos el cambio, aunque esté tomando actualmente el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca al momento en que realicemos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción para la cobertura del medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o quien prescribe la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo su medicamento de marca. Para

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8.

- **Se retiran del mercado medicamentos no seguros y otros medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos**

- A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podríamos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se le informaremos de inmediato.
- Quien prescribe la receta también sabrá acerca de este cambio y puede trabajar con usted, a fin de buscar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**

- Podremos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o las dos cosas. También podríamos] hacer cambios basados en advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Para estos cambios, le enviaremos un aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o le enviaremos un aviso sobre el cambio y una reposición para un mes (30 días) del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso sobre el cambio, deberá consultar con quien prescribe la receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos, o para satisfacer cualquier restricción del medicamento que está tomando.
- Usted o quien prescribe la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual son:

- Si aplicamos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si sucede alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando (excepto por el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en su uso del medicamento.

Como recordatorio, los miembros del plan no son responsables por el costo de los servicios cubiertos.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos no tienen cobertura del plan?

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que ni Medicare ni MassHealth (Medicaid) pagan por estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 8). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por MassHealth (Medicaid), debe pagarlo usted mismo. O si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Aquí se encuentran las tres reglas generales sobre los medicamentos que no cubren los planes de medicamentos de Medicare bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir medicamentos que tendrían cobertura según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan normalmente no puede cubrir usos no indicados en la etiqueta. El "uso no indicado en la etiqueta" es cualquier uso distinto de los que se indican en la etiqueta de un medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del "uso no indicado" se permite solo cuando algunas referencias (como American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System) apoyan el uso.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos incluidas abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden tener cobertura para usted según su cobertura de medicamentos de MassHealth (Medicaid), como se indica a continuación.

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Los medicamentos que se usan para fomentar la fertilidad
- Los medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o el resfrío
- Los medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento capilar
- Las vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiera que las pruebas asociadas y los servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D****SECCIÓN 8 Surtir una receta****Sección 8.1 Proporcione su información de membresía**

Para surtir su receta, dé la información de su plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan por su medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si no tiene con usted la información de membresía del plan cuando surta su medicamento recetado, usted o algún empleado de la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá usted tenga que pagar el costo total de la receta médica cuando la retire.** (Entonces podrá **solicitarnos el reembolso.** Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar al plan los reembolsos).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?**

Si es ingresado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que estos cumplan con todas las reglas de cobertura que se describen en este capítulo.

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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la farmacia que este use, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su Directorio de farmacias para averiguar si la farmacia del centro LTC o la farmacia que este usa forman parte de nuestra red. Si no están en la red, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros. Si usted está en un centro LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias del LTC.

¿Qué pasa si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o grupo de retiro colectivo?
--------------------	---

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o plan de jubilación grupal (o de su cónyuge), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella pueden ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados con nuestro plan.

Por lo general, si tiene una cobertura de empleador o de jubilación grupal, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será secundaria a su cobertura de grupo. Esto significa que la cobertura colectiva debe pagar primero.

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

Cada año su empleador o grupo de retiro debe enviarle un aviso que le informará si su cobertura de medicamentos con receta médica para el año siguiente es "acreditable".

Si la cobertura del plan colectivo es "**acreditable**", significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, como mínimo la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable, porque podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, posiblemente necesite este aviso para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia a través del administrador de beneficios del plan del empleador o grupo de retiro, o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, laxantes, medicamentos para el dolor o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos por no estar relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que receta o de su proveedor del centro de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor del centro de cuidados paliativos o profesional que le receta que proporcione una notificación antes de surtir sus recetas.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de su plan de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para prevenir cualquier retraso en una farmacia cuando su beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare termine, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o el alta.

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

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para nuestros miembros, a fin de ayudar a garantizar que reciban la atención adecuada y segura.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Realizamos una evaluación cada vez que usted surte una receta médica. También evaluamos regularmente nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como:

- Posibles errores con medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios debido a que toma otro medicamento para tratar la misma afección
- 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 para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de medicamento que toma
- Cantidades de medicamentos analgésicos opioides que no son seguras

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

Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura los medicamentos opioides
---------------------	---

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los cuales con frecuencia se hace un mal uso. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que el uso de los medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados opioides o con benzodiazepina no es seguro, es posible que limitemos la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para sus medicamentos opioides o con benzodiazepina de determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas las recetas para sus medicamentos opioides o con benzodiazepina de determinados médicos.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepina que le cubriremos.

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar, y cualquier otra información que usted crea que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y quien prescribe la receta tienen derecho a apelar. Si decide apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo incluirá en el DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer activo o anemia de células falciformes, está recibiendo atención en un centro de cuidados paliativos, cuidados paliativos o atención para el final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de manejo de terapia de medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	--

MassHealth (Medicaid) tiene un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud. Nuestro programa se llama Programa de manejo de terapia de medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para ayudar a asegurar que nuestros miembros reciban el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están en un programa DMP para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura tal vez puedan obtener los servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional médico le darán una explicación completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar acerca de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos
recetados de la Parte D**

pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Traiga el resumen con usted a su visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencia.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos, automáticamente al programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

Cómo solicitar que paguemos una
factura que usted recibió por
servicios médicos o medicamentos
cubiertos

Capítulo 6 Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en que debe solicitar que paguemos por los servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red le facturan al plan directamente sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debe recibir facturas por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos que ha recibido, usted debe enviarnos esta factura para que nosotros podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizamos y decidimos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Tenga en cuenta que como miembro de nuestro plan no hay un costo por los servicios cubiertos.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare que está cubierto por el plan, puede solicitar al plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero con frecuencia se llama "reembolsar"). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para que le paguen. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más que su parte del costo compartido, como se discutió en este documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. La analizaremos y decidiremos si los servicios deberían ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho a tratamiento.

A continuación encontrará algunos ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o el pago de una factura que haya recibido:

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

Capítulo 6 Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Usted puede recibir servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si el proveedor forma parte de nuestra red o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture al plan.

- Si paga usted mismo todo el monto en el momento en que recibe la atención, solicítenos el reembolso. Envíenos la factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos a él directamente.
 - Si ya pagó el servicio o el medicamento, le haremos un reembolso.

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

Los proveedores de la red deben facturarle directamente al plan. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red de servicios, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red de servicios, envíenos la factura junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado. Debería solicitar que hagamos un reembolso.

3. Si usted es inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y realizó pagos de desembolso directo por cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitar que le reembolsemos el pago. Tendrá que presentarnos la documentación, como recibos y facturas, para que tramitemos el reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para adquirir un medicamento recetado

Capítulo 6 Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando suceda eso, tendrá que pagar el costo total de su receta médica.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer en detalle estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo completo de un medicamento recetado porque no tiene con usted su tarjeta de identificación del plan

Si no lleva su tarjeta de identificación del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, puede ser necesario que usted mismo pague el costo total de la receta médica. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso.

6. Cuando usted paga el costo completo por una receta médica en otras situaciones.

Posiblemente usted tenga que pagar el costo completo de la receta médica porque se dio cuenta de que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, puede ser que el medicamento no se encuentre en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan; o podría tener un requisito o restricción acerca del que usted no sabía o piensa que no debe aplicar a usted. Si decide obtener inmediatamente el medicamento, quizá deba pagar el costo completo de este.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, podríamos necesitar obtener más información de su médico para que le reembolsemos nuestra parte del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre si el servicio o medicamento debería estar cubierto. Esto se denomina tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que deberían estar cubiertos, pagaremos los servicios o medicamentos. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 8 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 6 Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted haya recibido

Puede solicitarnos que le paguemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le sugerimos que haga una copia de la factura y de los recibos para sus registros. **Usted debe enviar su reclamo dentro de un plazo de 1 año** de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de que nos proporcione toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamos al hacer su solicitud de pago.

- No necesita usar el formulario, pero al hacerlo nos ayuda a procesar más rápido la información.
- Puede descargar una copia del formulario en nuestro sitio web (wellsense.org/sco) o llamar a Servicios para Miembros y solicitar el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pago a esta dirección:

Para servicios médicos:

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)
Attn: Member Services
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129
FAX: 617-897-0884

Para recetas:

Express Scripts
Attn: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, Kentucky 40512-4718
Fax: 608-741-5483

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente

Capítulo 6 Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional sobre usted. De lo contrario, consideraremos la solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos el servicio. Si usted ya pagó el servicio o medicamento, nosotros le enviaremos su reembolso por correo postal. Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o los medicamentos no están cubiertos o que usted no siguió todas las reglas, no pagaremos la atención ni el medicamento. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no enviamos el pago y sus derechos a apelar esta decisión.

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

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con respecto al 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. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 8 de este documento.

CAPÍTULO 7:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 7 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidad cultural como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de manera que la entienda y que sea consistente con su sensibilidad cultural (en idiomas distintos al inglés, en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Se requiere que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, deficiencia auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas. También podemos entregarle información en Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos sin costo si usted lo necesita. Debemos entregarle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información del plan de una forma adecuada para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan debe dar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para las mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio a costos compartidos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un reclamo a nuestro Departamento de Quejas y Apelaciones. También puede presentar una queja con

Capítulo 7 Sus derechos y responsabilidades

Medicare llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227) o de forma directa con la Oficina de Derechos Civiles al 800-368-1019 o TTY 800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que le brinde y organice sus servicios cubiertos. No exigimos que usted obtenga una remisión para acudir a los proveedores de la red.

Tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan dentro de un plazo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesita ese tipo de atención. También tiene derecho a adquirir o reponer sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si considera que está recibiendo atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 8 de este manual le informa lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y la información médica personal. Protegemos su información de salud personal, según lo exigen esas leyes.

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y demás información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con la obtención de la información y control sobre cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado "Aviso de prácticas de privacidad", que brinda información sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise ni altere sus registros.

Capítulo 7 Sus derechos y responsabilidades

- Excepto para las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no esté brindando su atención o pagando por su atención, estamos obligados a obtener permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.
- Hay determinadas excepciones en las que no necesitamos obtener primero su permiso escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare la información de su salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, dicha divulgación se realizará conforme a las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, estas exigen que la información que lo identifica individualmente no se comparta.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a ver sus expedientes médicos en poder del plan y a obtener una copia de sus registros. Tenemos autorización para cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o corriamos sus expedientes médicos. Si así nos lo solicita, trabajaremos con su proveedor de atención médica y decidiremos si se deben hacer cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros.

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea alguno de los tipos de información siguientes, llame a Servicios para Miembros:

Capítulo 7 Sus derechos y responsabilidades

- **Información acerca de nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a recibir información de nosotros acerca de las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe cumplir cuando usa su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 5 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 8 proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

Tiene el derecho a conocer sus opciones de tratamiento y de participar en las decisiones acerca de su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y las opciones de tratamiento de una manera que usted entienda.

Usted también tiene derecho a la participación plena en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con su médico acerca de qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye ser notificado sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le indiquen los riesgos relacionados con su atención. Se le debe informar con anticipación si la atención

Capítulo 7 Sus derechos y responsabilidades

o el tratamiento médicos propuestos son parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir que "no"**. Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda no salir. Usted también tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de esta decisión.

Tiene derecho a dar indicaciones de lo que debe hacerse en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones relacionadas con la atención médica por sí mismas, debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué desea que suceda si se llegara encontrar en esta situación. Esto significa que, si así lo desea, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar a **una persona la autoridad legal de tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no puede tomarlas usted mismo.
- **Proporcionar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no pueda tomar las decisiones usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para proporcionar sus instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan "**instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y distintas formas de nombrarlas. Documentos denominados "**testamento en vida**" y "**poder legal para la atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea usar una "instrucción anticipada" para dar instrucciones, a continuación se describe lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden suministrarle los formularios de instrucción anticipada.

Capítulo 7 Sus derechos y responsabilidades

También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.

- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Considere pedir a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas pertinentes.** Debe entregar una copia del formulario al médico y a la persona que designe en el formulario para que tome las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Le conviene entregar copias a amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en el hogar.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene a la mano.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene a disposición formularios, y se le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde que es usted quien decide si quiere llenar una instrucción anticipada (incluso si quiere firmar una mientras está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo en función de que haya firmado una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si usted ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones establecidas en ella, puede llamar al 800-462-5540 para presentar un reclamo ante la Unidad de quejas de la División de Calidad de la Atención Médica del Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Para presentar una queja contra un médico, llame a la Junta de registro de medicina al 781-876-8200.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar reclamos y a pedir que reconsideremos las decisiones que tomamos
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja, y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le dice lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **debemos tratarlo de manera justa.**

Capítulo 7 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?**Cuando se trate de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.**

Si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 800-368-1019 o TTY 800-537-7697, o a su Oficina de derechos civiles local.

¿Es por algún otro motivo?

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para manejar el problema que tiene:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 1.8 Cómo obtener información adicional sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: [medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).

Capítulo 7 Sus derechos y responsabilidades

- O puede llamar a 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 877-486-2048).

Sección 1.9 Paridad en la salud conductual

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención administradas, incluido WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), proporcionen servicios de salud el comportamiento a los miembros de Plan de la misma manera en la que brindan servicios de salud física. Esto es llamado "paridad". En general, significa que:

1. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe proporcionar el mismo nivel de beneficios por cualquier problema de salud mental y trastornos por abuso de sustancias que pueda tener que los que tiene por otros problemas físicos que pueda tener;
2. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento similares para los servicios de salud conductual y trastornos por abuso de sustancias que los que tiene para servicios de salud física;
3. A pedido suyo o de su proveedor, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe informarle a usted o su proveedor el criterio de necesidad médica que utiliza WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), para autorización previa; y
4. WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) también deberá proporcionarle dentro de un marco de tiempo razonable la razón de cualquier negativa de autorización de servicios de salud conductual o de trastornos por abuso de sustancias.

Si considera que WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) no ofrece la paridad de la manera explicada anteriormente, usted tiene derecho a presentar un reclamo ante WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP). Para obtener más información acerca de reclamos y cómo presentarlos, consulte el Capítulo 8 de este manual.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Capítulo 7 Sus derechos y responsabilidades

- Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios. Utilice esta Evidencia de cobertura para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan información detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos al respecto. El Capítulo 1 le informa acerca de la coordinación de estos beneficios.
- Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo asistan dándoles información, haciéndoles preguntas y continuando con su atención.
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- Sea considerado. Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio del médico, de los hospitales y de otras oficinas.
- Pague lo que deba. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.
 - Si debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a su ingreso más alto (según se informó en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

Capítulo 7 Sus derechos y responsabilidades

- **Si se muda dentro de nuestra área de cobertura, de todos modos debemos conocer esta información** para que podamos mantener actualizado su registro de asegurado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer como miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 8

Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso de presentación de quejas**; también denominadas reclamos.

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que deberá usar y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos resultan poco familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de "realizar una queja" en lugar de "presentar un reclamo", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización integrada" o "determinación de cobertura" o "determinación de estar en riesgo" y "organización de revisión independiente" en lugar de "Entidad Revisora Independiente".
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser de ayuda, y a veces muy importante, que usted conozca los términos legales correctos. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse de manera más precisa y a obtener la ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar incluimos términos legales cuando damos los detalles para tratar situaciones específicas.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones le recomendamos obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debería usar para manejar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)).

Puede obtener ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Para obtener ayuda, también puede ponerse en contacto con:

- MassHealth (Medicaid) al 800-841-2900 o [mass.gov/masshealth](https://www.mass.gov/masshealth)
- El Programa SHINE al 800-AGE-INFO o massoptions.org/massoptions
- La Organización para la Mejora de la Calidad (KEPRO) al 888-319-8452 o keproqio.com

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se llama un “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se combinan. En esas situaciones, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en **Sección 6.4** de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2”.

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas acerca de los **beneficios cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid)**.

¿Su problema o inquietud se relacionan con sus beneficios o con su cobertura?

(Esto incluye problemas acerca de si una atención médica o medicamento recetado están o no cubiertos, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago por la atención médica y los medicamentos recetados).

Sí.

Vaya a la próxima sección de este capítulo, **la Sección 5: “Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Avance a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama completo
--

Las decisiones de cobertura y apelaciones se encargan de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe usar para asuntos como la cobertura o la denegación de la cobertura de un servicio y la forma en la que se cubre.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos decisiones de cobertura cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) por usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red de servicios lo deriva a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura.

Si el médico no está seguro de si cubriremos determinado servicio médico o si se niega a proporcionar la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta: si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión del despido.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y no está satisfecho, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo determinadas circunstancias, que se discuten más adelante, usted puede solicitar una "apelación rápida" o expeditiva de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama una Apelación del Nivel 1. Cuando presenta una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si lo hemos actuado conforme a todas las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una Apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta: si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de Apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos la totalidad o parte de su Apelación de Nivel 1, puede pasar al Nivel 2 de apelación. Una Entidad de Revisión Independiente, que no está relacionada con nosotros, lleva a cabo la Apelación de Nivel 2. (Las apelaciones de servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2; usted no debe hacer nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si decimos que no a la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se discuten más a fondo en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede recurrir a muchos otros niveles de apelación. (La Sección 10 en este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

Estos son algunos recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud en su nombre.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)
 - Para recibir atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de salud le pide que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible que deba** designar a su médico u otra persona que recete como su representante para actuar en su nombre.
 - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona autorizada para recetar puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su Apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta puede solicitar una Apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web, en wellsense.org/sco).

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

El formulario le da a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desearía que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Aunque podemos recibir una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre la apelación), la solicitud de apelación se descartará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de descartar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que le proporcionarán asistencia legal sin costo, si califica para recibirla. No obstante, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3	¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?
--------------------	--

Existen cuatro tipos de situaciones que se relacionan con decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, le proporcionamos los detalles de cada una en secciones separadas:

- **Sección 6** de este capítulo, "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo, "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 8** de este capítulo, "Cómo solicitar la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo"
- **Sección 9** de este capítulo: "Cómo solicitarle a nuestro plan que siga cubriendo determinados servicios médicos si usted cree que su cobertura finaliza demasiado pronto". (Esta sección aplica únicamente a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF])

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos el costo de su atención médica
--------------------	---

En esta sección, se abordan sus beneficios para atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto). Para simplificar, generalmente nos referimos a la "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de medicamentos recetados de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes a las reglas para los servicios y artículos médicos.

Esta sección le indica lo que usted puede hacer si se encuentra ante cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no obtiene cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea proporcionarle y usted considera que esa atención está cubierta por el plan. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted ha recibido atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero nosotros hemos dicho que no pagaremos dicha atención. **Cómo presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó la atención médica que considera que debería cubrir nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de esa atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

5. Se le notifica que la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo (y que aprobamos con anterioridad) se reducirá o interrumpirá, y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), usted debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se le llama **“determinación de la organización”**.

Una “decisión de cobertura rápida” es una **“decisión acelerada”**.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Una “decisión de cobertura estándar” generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” generalmente se toma dentro de las 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para la atención médica que aún no ha recibido.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida únicamente si utilizar los plazos estándares podría ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos proporcionársela.**
- **Si nos solicita una decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud exige que le**

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que utilizaremos los plazos estándar.
- Informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente la emitiremos.
- Indicará cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que nosotros autoricemos o proporcionemos la cobertura para la atención médica que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud de un **artículo o servicio médico**. Si lo solicita para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le responderemos en el **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días** más si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le avisaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un marco de tiempo acelerado

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Una decisión de cobertura rápida significa que le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos información adicional que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, le avisaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Nos pondremos en contacto con usted tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para la atención médica, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión, mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a hacer la solicitud para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se llama una "**reconsideración**" del plan.

La "apelación rápida" también recibe el nombre de "**reconsideración acelerada**".

Paso 1: Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Una “apelación estándar” generalmente se hace dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se hace dentro de las 72 horas.

- Si presenta una apelación de una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o el médico deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”. Si el médico nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, le brindaremos a usted una apelación de ese tipo.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aquellos para obtener una “decisión de cobertura rápida” y que figuran en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de 60 días calendario** desde la fecha de la notificación escrita que enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene un motivo válido que lo justifique, explique el motivo por el que presenta tarde la apelación cuando la presente. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos pueden incluir haber tenido una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le brindamos la información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede pedir una copia gratis de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le dijimos que íbamos a detener o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario de la fecha del matasellos en nuestra carta o en la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su Apelación de Nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información. Comprobamos que hayamos cumplido con todas las reglas al momento de denegar la solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación**. Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le avisaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le respondemos en un plazo de 72 horas, (o al final del período de tiempo extendido si tomamos adicionales días), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de Apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos todo o parte de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que habíamos acordado otorgar, en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta rechaza parcial o totalmente lo que solicitó**, enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente derivaremos su

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación “estándar”.

- Para apelaciones estándar, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le responderemos antes si su estado de salud así lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le avisaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que no **deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta antes del plazo (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud de Apelación de Nivel 2 a una organización de revisión independiente, que revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de Apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos todo o parte de lo que usted solicitó**, debemos autorizar la cobertura que habíamos acordado otorgar dentro de los **30 días calendario**, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que pidió, le enviaremos una carta.
 - Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le dirá que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su problema es acerca de la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es "**Entidad de revisión independiente**". Algunas veces se denomina la "**IRE**".

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que generalmente **está cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le dirá cómo hacer esto. La información también está a continuación.
- Si su problema es acerca de un servicio o artículo que podría ser **cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid)**, obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia Justa con el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya al Paso 2 de la Sección 6.3 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es acerca de un servicio que generalmente está cubierto por Medicare solamente, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su problema es acerca de un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si usted presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema es acerca de un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitar una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le proporcionó una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le proporcionará una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Para la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un servicio o artículo médico y si la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si usted presentó una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si su solicitud es para un artículo o servicio, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en el término de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en el término de 7 días calendario** después de recibir su apelación.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Sin embargo, si su solicitud es para un servicio o artículo médico y si la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones que la avalan.

- **Si la organización de revisión acepta parcial o totalmente la solicitud de un servicio o artículo médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o prestar el servicio en los **14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o proporcionar el servicio **dentro de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **apelaciones aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parcial o totalmente la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o **en un plazo de 24 horas** desde la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se llama "mantener la decisión" o "rechazar la apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificándole el derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el valor en dólares que debe cumplir para seguir con el proceso de apelación.
 - Diciéndole cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo proceder figuran en el aviso escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2.
 - Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje maneja la Apelación de Nivel 3. La **Sección 10** en este capítulo explica el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es acerca de un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre:

Paso 1: Puede solicitar una Audiencia Justa con el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que generalmente están cubiertos por Medicaid es una Audiencia Justa con el estado. Debe solicitar una Audiencia Justa por escrito o por teléfono **dentro de 120 días calendario** de la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre Apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde enviar su solicitud de audiencia.

¿Qué debe hacer si no está de acuerdo con la decisión que el plan tomó sobre su apelación?

Usted o su Representante autorizado para la apelación tienen derecho de solicitar una audiencia ante un funcionario de audiencias en la Oficina de la Junta de audiencias (BOH) de Medicaid. Puede presentar una solicitud de audiencia solo después de haber agotado el proceso de apelación interna y en un plazo de 120 días calendario desde la notificación del Plan sobre su decisión de apelación estándar o expeditiva si:

- Usted no está satisfecho con la decisión de apelación estándar del Plan.
- Usted no está satisfecho con la decisión de apelación expedita (rápida) del Plan.
- El Plan no decidió su apelación estándar o expedita oportunamente como se describió anteriormente
- El Plan desestima su apelación porque usted no presentó su apelación antes de la fecha límite indicada anteriormente

El Plan incluirá el formulario de Solicitud de audiencia justa ante la BOH y otros materiales instructivos que usted necesita para solicitar una audiencia justa con la BOH. También le ayudaremos a completar el formulario. Para obtener ayuda, llame al 855-833-8125 y pida hablar con alguien en Apelaciones.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Cómo conseguir una audiencia imparcial expedita (rápida) ante la BOH?

Si está apelando la decisión del Plan de denegar una apelación expedita (rápida) y también desea que la BOH maneje su solicitud como una audiencia expedita (rápida), debe presentar la solicitud de audiencia dentro de los 20 días calendario a partir de la fecha de la denegación de su apelación por parte del Plan. Si envía su solicitud por escrito de una apelación a la BOH dentro de los diez (10) días calendario a partir de la fecha de la notificación de denegación de apelación del Plan, el Plan se asegurará de que continúe recibiendo cualquier servicio en curso en disputa durante la apelación ante la BOH.

¿Qué derechos tiene durante el proceso de Apelaciones de la junta de audiencias?

El plan le permitirá a usted o a su representante autorizado acceder a sus archivos durante el proceso de apelación de la BOH. Implementaremos las decisiones de apelación de la BOH inmediatamente si la decisión del Plan es revocada.

En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o estar acompañado por un abogado u otro representante autorizado, a su propio costo. Si no comprende inglés o posee una incapacidad auditiva o de la vista, la BOH se asegurará de poner a su disposición un intérprete o un dispositivo de asistencia en la audiencia.

Si corresponde, el Plan proporcionará servicios continuos durante la apelación interna si presenta su solicitud de apelación dentro de los 10 días de la fecha en su carta de denegación o aprobación parcial y se proporcionará a menos que usted indique específicamente que no desea recibir servicios continuos. Las mismas reglas se aplican a su solicitud de una apelación de BOH. Si se rechaza la decisión de apelación de la BOH, es posible que EOHHS le exija pagar el costo de los servicios continuos que reciba mientras la apelación de la BOH está en proceso.

Paso 2: La oficina de Audiencia Justa le da su respuesta.

La oficina de Audiencia Justa le informará su decisión por escrito y explicará las razones que la avalan.

- **Si la oficina de Audiencia Justa dice sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas después de recibir la decisión de la oficina de Audiencia Justa.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la oficina de Audiencia Justa rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”).

Si la decisión es negativa para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la organización de revisión independiente o la Oficina de Audiencia Justa rechaza todo o parte de lo que pidió, usted tiene **derechos adicionales de apelación**.

La carta que reciba de la oficina de Audiencia Justa describirá esta próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos una factura que recibió por la atención médica?
--------------------	--

Si recibe una factura por servicios cubiertos de Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo**. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo. Como miembro del plan, no hay un costo para usted.

Pedir un reembolso es lo mismo que solicitarnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos para saber si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar la cobertura para atención médica.

Si desea que le reembolsemos por un servicio o artículo de **Medicare** o nos está pidiendo que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio de MassHealth (Medicaid) o un artículo por el que pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos para saber si la atención médica que pagó es un

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar la cobertura para atención médica.

- **Si aprobamos su solicitud:** Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por el costo que recibió dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en la que recibimos la solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o usted no cumplió todas las reglas, no enviaremos el pago. En lugar de eso, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos los servicios y le explicaremos las razones en detalle.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el procedimiento de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos responderle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Si solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tenemos que enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6.

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en el resto de esta sección generalmente diremos “medicamento”, en vez de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga su aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le informa que no puede adquirir el medicamento recetado por cómo está escrita su receta, la farmacia le dará un aviso escrito que le explique cómo comunicarse con nosotros por una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Término legal
La decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “determinación de la cobertura” .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no forma parte de la Lista de medicamentos cubiertos del plan. **Cómo solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar que eliminemos una restricción de cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites en la cantidad del medicamento que puede recibir). **Cómo solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Hacer una solicitud para obtener la aprobación previa para un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4.**

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Pagar por un medicamento recetado que ya compró- **Pídanos que le reembolsemos. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esa sección brinda información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y sobre cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no forma parte de la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción al formulario”**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción al formulario”**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría, puede solicitar que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona autorizada para extender recetas deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la aprobación de la excepción. Aquí hay dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar nos pueden solicitar que hagamos:

- 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos.** Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplica a [inserte según corresponda: todos nuestros medicamentos O medicamentos en [insertar nivel de excepciones] O medicamentos en [insertar nivel de excepciones] para medicamentos de marca o [insertar nivel de excepciones] para medicamentos genéricos]. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costos compartidos que le exigimos que pague por el medicamento.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto. El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. [Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet] Si acordamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coaseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada para extender recetas deben proporcionarnos una declaración que explique las razones médicas por las que se solicita una excepción. Para acelerar la decisión, cuando solicite la excepción, incluya esta información médica proporcionada por su médico u otra persona autorizada para extender recetas.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo resulta igual de efectivo que el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas médicos, por lo general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación, por lo general, es válida hasta que finalice el año del plan. Esto se aplica siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que dicho medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión al presentar una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una "decisión rápida de cobertura" es una "**determinación de cobertura acelerada**".

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápida**” se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicite que le proporcionemos una “decisión de cobertura rápida”. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (Usted no puede pedir una decisión de cobertura rápida para que se le reembolse el pago de un medicamento que ya ha comprado).
- Usar los plazos estándar podría ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otra persona autorizada para extender recetas nos informa que su salud exige una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona autorizada para extender recetas), nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Informará que, si su médico u otro profesional que receta solicitan una decisión de cobertura rápida, automáticamente la emitiremos.
 - Se le indicará cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

Paso 2: Solicite una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que nosotros autoricemos o proporcionemos la cobertura para la atención médica que desea. También puede obtener acceso al proceso de decisión de la cobertura a través

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el Formulario para solicitar una Determinación de Cobertura del Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico (u otra persona autorizada para extender recetas). Además, un abogado puede actuar en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si usted solicita una excepción, proporcione la “Declaración de apoyo”**, que son los motivos médicos para solicitar la excepción. Su médico u otro profesional capacitado para extender recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo postal. O su médico u otra persona autorizada para extender recetas pueden informarnos al respecto por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo postal una declaración escrita si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 días horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que hemos aceptado brindar en el término de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También se le indicará cómo puede apelar.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca de un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 días horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que hemos aceptado brindar **en el término de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También se le indicará cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” acerca del pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos responderle **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su petición.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago en el término de 14 días calendario después de haber recibido su petición.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También se le indicará cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión, mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a hacer la solicitud para obtener la cobertura medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Término legal

Una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina **“redeterminación”** del plan.

La “apelación rápida” también recibe el nombre de **“redeterminación acelerada”**.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se hace dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se hace dentro de las 72 horas. Si su salud así lo exige, solicite una “apelación rápida”.

- Si piensa apelar una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada para recetar deberán decidir si necesitan una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aquellos para obtener una “decisión de cobertura rápida” y que figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que recete deben comunicarse con nosotros y hacer su Apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta inmediata, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito,** o llámenos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 855-833-8125.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el Formulario para solicitar una Determinación de Cobertura del Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

incluir su nombre, información de contacto e información acerca de su reclamo para ayudarlo en el proceso de su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de 60 días calendario** desde la fecha de la notificación escrita que enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene un motivo válido que lo justifique, explique el motivo por el que presenta tarde la apelación cuando la presente. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos pueden incluir haber tenido una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le brindamos la información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos que hayamos cumplido con todas las reglas al momento de denegar la solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otra persona autorizada para extender recetas, a fin de obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación.** Le informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le respondemos en el término de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de Apelaciones de Nivel 2.
- **Si aprobamos todo o parte de lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que habíamos acordado otorgar, en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación “estándar” por un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos responderle **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y si su afección médica así lo exige.
 - Si no le hacemos llegar nuestra decisión en el término de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de Apelaciones de Nivel 2.
- **Si aprobamos todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero no después de **7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” acerca del pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos responderle **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su petición.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente la revisará.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago en el término de 30 días calendario después de haber recibido su petición.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo. También se le indicará cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2****Término legal**

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. Algunas veces se denomina la **“IRE”**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada para recetar) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si no aprobamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **indicaciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Esas instrucciones indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de “en riesgo” bajo nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitar una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su salud así lo exige, solicite a la organización de revisión independiente una “apelación rápida”.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización acepta proporcionarle una “apelación rápida”, la organización debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación “estándar”

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita el reintegro del pago de un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el término de 14 días calendario** después de haber recibido su petición.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Para “apelaciones estándar”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta la totalidad o parte de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura del medicamento** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba la totalidad o parte de solicitud de reintegro** del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle un pago en el término de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar la apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole el derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos cumple con un cierto mínimo. Si el valor en

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.

- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una Apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto figuran en el aviso escrito que recibió después de la decisión de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje maneja la Apelación de Nivel 3. La **Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le da de alta antes de tiempo

Cuando usted es ingresado en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día de su alta. Lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de retirarse.

- El día que sale del hospital se denomina su "**fecha de alta**".
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si usted considera que se le solicita que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más larga y su solicitud se someterá a consideración.

Sección 8.1	Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos
--------------------	---

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En un plazo de dos días a partir de ser ingresado en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y si no lo entiende, pregunte. Le informa:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo que indique su médico. Eso incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quien pagará por ellos y dónde los puede obtener.
- Su derecho a participar de toda decisión acerca de su estadía en el hospital.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta si considera que se le está dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y que entiende cuáles son sus derechos.

- Usted o alguna persona que actúe en su nombre debe firmar la notificación.
- Firmar la notificación **únicamente** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no da su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que acepta la fecha de alta.

3. Conserve su copia de la notificación para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o expresar una inquietud acerca de la calidad de la atención) a mano en caso de necesitarla.

- Si firma la notificación más de dos días antes de su fecha del alta, usted recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
- Para ver una copia de esta notificación por anticipado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 800 MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048. También puede verla en línea, en [cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices).

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que sus servicios de hospital para pacientes hospitalizados estén cubiertos durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, asegúrese de entender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el procedimiento.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la Apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad evalúa su apelación. Esta trata de determinar si la fecha planificada para su alta es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por gobierno federal para revisar y mejorar la atención de las personas con Medicare. Eso incluye la revisión de las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con celeridad.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Actúe con celeridad:

- Para hacer su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de salir del hospital y **no después de la medianoche del día de su alta**.
 - Si cumple con este plazo, podría quedarse en el hospital **después** de la fecha de su alta **sin tener que pagar su estadía** mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - Si **no** cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su alta programada, **tal vez deba pagar todos los costos** relacionados con la atención médica que reciba luego de su fecha de alta programada.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aun desea apelar, debe presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esa otra forma de hacer una apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicita una revisión inmediata de su fecha de alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contacten le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso proporciona su fecha de alta planificada y explica los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para Miembros o al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.) O puede ver un aviso de muestra en línea en [cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (“los revisores” para abreviar) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que le hemos dado tanto el hospital como nosotros.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que indica la fecha de alta planificada. Este aviso también explica los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En un día completo luego de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta de su apelación.

¿Qué sucede en caso de que la respuesta sea afirmativa?

- Si la organización de revisión responde de manera afirmativa, **deberemos continuar proporcionándole los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si corresponden). Además, pueden existir limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede en caso de que la respuesta sea negativa?

- Si la organización de revisión responde de manera negativa, significa que considera que la fecha de su alta programada es médicamente apropiada. Si ocurre eso, **nuestra cobertura de sus servicios para pacientes hospitalizados terminará** a mediodía del día **posterior** en el que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta de su apelación.
- Si la organización evaluadora rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar los costos totales** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya respondido a su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su Apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación **y** usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que entrará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Mediante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión para la primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, usted podrá tener que pagar el costo total de su estadía posterior a la fecha de alta planificada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta evaluación **en un plazo de 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya rechazado su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión secundaria de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad revisarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación.

Paso 3: Dentro de los siguientes 14 días calendario de la recepción de su solicitud de Apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión responde de manera afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando la cobertura de su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar límites de cobertura.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si la organización de revisión responde de manera negativa:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su Apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea avanzar con su apelación al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una Apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto figuran en el aviso escrito que recibió después de la decisión de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje maneja la Apelación de Nivel 3. En la **Sección 10** de este capítulo, se ofrece información adicional sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Término legal

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “apelación expedita” .
--

Usted puede apelar directamente a nosotros

Como se explicó anteriormente, se debe actuar rápido para comenzar su Apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar la apelación de otra forma.

Si usa esta otra manera de hacer su apelación, **los dos primeros niveles de apelación funcionan de manera diferente.**

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita brindarle una respuesta mediante el uso de los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada para verificar que era médicamente apropiada.

- Durante esa revisión consultamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos para ver si su fecha de alta programada era la médicamente apropiada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en el que solicitó la “revisión rápida”.

- **Si respondemos afirmativamente a su apelación,** significa que hemos acordado con usted que aún necesita estar en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos proporcionándole los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que determinamos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si no aprobamos su apelación,** significa que consideramos que la fecha de su alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de servicio para pacientes hospitalizados termina el día en que dijimos que terminaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital **después** de la fecha planeada para su alta, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió a partir de la fecha planeada para el alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación alternativa de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “Entidad de revisión independiente” . Algunas veces se denomina la “IRE” .

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente avanzaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Se nos exige que enviemos la información de su Apelación del Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos este plazo u otros, puede presentar una queja. La **Sección 11** de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta del hospital.
- **Si la organización acepta su apelación,** entonces debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido a partir de la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de los servicios para pacientes hospitalizados todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo por el que continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** esto significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta planificada del hospital fue médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le dirá cómo iniciar una Apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 2, usted puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 de apelación.

- **La Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitar que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza antes de tiempo

Sección 9.1	Esta sección se trata solamente de tres servicios: servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).
--------------------	---

Cuando usted recibe **servicios de atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento para dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, debemos informarle con anticipación. Cuando su cobertura de esos servicios finalice, **dejaremos de pagar** su atención médica.

Si piensa que finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo presentar una apelación.

Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura
--------------------	--

Término legal

"Aviso de no cobertura de Medicare". Le informa cómo puede solicitar una **"apelación por la vía rápida"**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejar de brindarle atención.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir su atención. El aviso le informa:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una “apelación por la vía rápida” para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió.** Firmar la notificación solo significa que recibió la información acerca del cese de la cobertura. **Firmarla no significa que está de acuerdo** con el plan del plan de finalizar la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si desea solicitar que cubramos su atención por un período de tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, asegúrese de entender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el procedimiento.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la Apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad evalúa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por gobierno federal para revisar y mejorar la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una apelación por la vía rápida. Debe actuar con celeridad.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (Aviso de no cobertura de Medicare) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con celeridad:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha** de vigencia en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aun desea presentación la apelación, debe presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esa otra forma de hacer una apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
“ Explicación detallada de no cobertura ”. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esa revisión?

- Profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (“los revisores” para abreviar) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les ha dado nuestro plan.
- Antes de que finalice el día los evaluadores nos informan acerca de su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

nuestra parte explicándole los motivos por los cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Un día completo después de la recepción de toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores responden afirmativamente?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si corresponden). Pueden existir limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores responden de manera negativa?

- Si los revisores responden de manera negativa, entonces **la cobertura de sus servicios finalizará en la fecha que le comunicamos.**
- Si decide continuar recibiendo la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) **después** de la fecha de finalización de la cobertura, entonces **deberá pagar usted el costo completo** de esta atención médica.

Paso 4: Si se rechaza su Apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 1 **y** usted decide continuar recibiendo la atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Mediante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión para la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, tal vez deba pagar el costo total de sus cuidados de la salud en el hogar, o de la atención médica en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro integral de rehabilitación para

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

pacientes ambulatorios (CORF) a partir del día **posterior** a la fecha que dispusimos que finalizara la cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta evaluación **en un plazo de 60 días** posteriores al día en el que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha de finalización de su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión secundaria de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad revisarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación.

Paso 3: Dentro de los siguientes 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde de manera afirmativa?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención médica que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría la cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen límites de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde de manera negativa?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su Apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le informará por escrito qué puede hacer si desea seguir con el proceso de revisión. Le dará detalles acerca de cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es administrado por un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelación.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, que hacen un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una Apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto figuran en el aviso escrito que recibió después de la decisión de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje maneja la Apelación de Nivel 3. La **Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?

Usted puede apelar directamente a nosotros

Como se explicó anteriormente, se debe actuar rápido comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para presentar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse a dicha organización, puede presentar la apelación de otra forma. Si usa esta otra manera de hacer su apelación, **los dos primeros niveles de apelación funcionan de manera diferente.**

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 1

Término legal

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación expedita”**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”**. Esto significa que nos solicita brindarle una respuesta mediante el uso de los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esa revisión, consultamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si hemos cumplido todas las reglas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted estaba recibiendo.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al momento en el que solicitó la “revisión rápida”.

- **Si aprobamos su solicitud de apelación**, significa que estamos de acuerdo con el hecho de que usted necesita los servicios médicos durante más tiempo y que continuaremos proporcionándole los servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que determinamos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si no aprobamos su solicitud de apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no continuaremos pagando después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo la atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) **después** de la fecha que le informamos finalizaría la cobertura, entonces **deberá pagar usted el costo completo** de esta atención médica.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Término legal
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. Algunas veces se denomina la “ IRE ”.

Paso a paso: Proceso de Apelación alternativa de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esa organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar la tarea de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente avanzaremos su caso a la organización de revisión independiente.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Se nos exige que enviemos la información de su Apelación del Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos este plazo u otros, puede presentar una queja. La **Sección 11** de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido a partir de la fecha que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsaríamos o el tiempo por el que continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización no aprueba su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó respecto de su primera apelación y no la modificará.
 - En el aviso que recibe de la organización de revisión independiente, se le informará por escrito qué hacer si desea pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, que hacen un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una Apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto figuran en el aviso escrito que recibió después de la decisión de su Apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje revisa su apelación. La **Sección 10** de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otras instancias****Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede ser adecuada si usted hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple determinados niveles mínimos, usted puede pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares está por debajo del nivel mínimo, ya no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba en su Apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma muy parecida. A continuación, se indica quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación Un **juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le responderá.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelación puede terminar o no.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2 de Apelación, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, pasará a una Apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un lapso de 60 días después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación del Nivel 4 y todos los documentos adjuntos. Nosotros podemos esperar la decisión de la Apelación del Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en controversia.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelación puede terminar o no.**

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Nivel 4 de Apelación El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de Nivel 3 de Apelación, el proceso de apelación puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2 de Apelación, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un lapso de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que obtenga le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Nivel 5 de Apelación Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aprobar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencia Justa le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

¿Qué debe hacer si no está de acuerdo con la decisión que el plan tomó sobre su apelación?

Usted o su Representante autorizado para la apelación tienen derecho de solicitar una audiencia ante un funcionario de audiencias en la Oficina de la Junta de audiencias (BOH) de Medicaid. Puede presentar una solicitud de audiencia solo después de haber agotado el proceso de apelación interna y en un plazo de 120 días calendario desde la notificación del Plan sobre su decisión de apelación estándar o expeditiva si:

- Usted no está satisfecho con la decisión de apelación estándar del Plan.
- Usted no está satisfecho con la decisión de apelación expedita (rápida) del Plan.
- El Plan no decidió su apelación estándar o expedita oportunamente como se describió anteriormente
- El Plan desestima su apelación porque usted no presentó su apelación antes de la fecha límite indicada anteriormente

El Plan incluirá el formulario de Solicitud de audiencia justa ante la BOH y otros materiales instructivos que usted necesita para solicitar una audiencia justa con la BOH. También le ayudaremos a completar el formulario. Para obtener ayuda, llame al 855-833-8125 y pida hablar con alguien en Apelaciones.

¿Cómo conseguir una audiencia imparcial expedita (rápida) ante la BOH?

Si está apelando la decisión del Plan de denegar una apelación expedita (rápida) y también desea que la BOH maneje su solicitud como una audiencia expedita (rápida), debe presentar la solicitud de audiencia dentro de los 20 días calendario a partir de la fecha de la denegación de su apelación por parte del Plan. Si envía su solicitud por escrito de una apelación a la BOH dentro de los diez (10) días calendario a partir de la fecha de la notificación de denegación de apelación del Plan, el Plan se asegurará de que continúe recibiendo cualquier servicio en curso en disputa durante la apelación ante la BOH.

¿Qué derechos tiene durante el proceso de Apelaciones de la junta de audiencias?

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

El plan le permitirá a usted o a su representante autorizado acceder a sus archivos durante el proceso de apelación de la BOH. Implementaremos las decisiones de apelación de la BOH inmediatamente si la decisión del Plan es revocada.

En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o estar acompañado por un abogado u otro representante autorizado, a su propio costo. Si no comprende inglés o posee una incapacidad auditiva o de la vista, la BOH se asegurará de poner a su disposición un intérprete o un dispositivo de asistencia en la audiencia.

Si corresponde, el Plan proporcionará servicios continuos durante la apelación interna si presenta su solicitud de apelación dentro de los 10 días de la fecha en su carta de denegación o aprobación parcial y se proporcionará a menos que usted indique específicamente que no desea recibir servicios continuos. Las mismas reglas se aplican a su solicitud de una apelación de BOH. Si se rechaza la decisión de apelación de la BOH, es posible que EOHHS le exija pagar el costo de los servicios continuos que reciba mientras la apelación de la BOH está en proceso.

Sección 10.3 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada si usted hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que ha apelado cumple determinados niveles mínimos, usted puede pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor, ya no puede apelar. La respuesta escrita que reciba en su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma muy parecida. A continuación, se indica quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación	Un juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le responderá.
----------------------	--

- **Si la respuesta es afirmativa, termina el proceso de apelación.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado de arbitraje **en**

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- un plazo de 72 horas (24 horas en apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Nivel 4 de Apelación El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, termina el proceso de apelación.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, la notificación le indicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué pasos debe seguir si decide continuar su apelación.

Nivel 5 de Apelación Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aprobar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 11 **Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes**

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de queja?**

El proceso de quejas se usa únicamente para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está usted insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, atención inadecuada de servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien lo trató mal o fue irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con Servicios para Miembros? • ¿Considera que se lo está alentando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para obtener una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han dejado esperando demasiado tiempo? ¿O por parte de nuestro Servicios para Miembros u otros integrantes del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos, se incluyen aguardar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en el momento de obtener una receta o en la sala de exámenes.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio del médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra tardanza. Los siguientes son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirlo o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2

Cómo presentar una queja

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Términos legales**

- Un **“reclamo”** también se denomina **“queja formal”**.
- **“Presentar una queja”** también se denomina **“presentar un reclamo”**.
- **“Usar el proceso de quejas”** también se denomina **“usar el proceso para presentar una queja formal”**.
- Una **“queja rápida”** también se llama **“queja acelerada”**.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja**Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente; por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si necesita saber algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si envía la queja por escrito, responderemos a esta queja por escrito.
- [Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]
- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse de inmediato a Servicios para Miembros.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea presentar la queja.

Paso 2: Estudiamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, quizás podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un término de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el atraso es por su bien o si usted pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, le avisaremos por escrito.

Capítulo 8 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le **responderemos en el término de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o con parte de su queja, o no asumimos ninguna responsabilidad por el problema sobre el cual se queja, incluiremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es por la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- O bien
- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Usted puede presentar un reclamo sobre WellSense Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese a [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 877-486-2048.

CAPÍTULO 9:

Cómo finalizar su membresía en el plan

Capítulo 9 Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía a WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Podría retirarse de nuestro plan porque decidió que desea hacerlo. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones específicas en las que podemos ver obligados a dar por finalizada su membresía aunque usted no decida dejar el plan. La Sección 5 brinda información sobre las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona el plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted podría finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden finalizar su membresía únicamente durante ciertos períodos del año. Como usted tiene Medicaid, podrá finalizar su membresía a nuestro plan o pasar a un plan diferente una sola vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al próximo período para finalizar su membresía o pasar a un plan diferente. No podrá utilizar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía a nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas que tengan Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

Capítulo 9 Cómo finalizar su membresía en el plan

- Elija cualquier otro tipo de plan de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados
 - Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente
 - Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la Oficina de MassHealth (Medicaid) de Massachusetts para obtener información acerca de sus opciones de planes de MassHealth (Medicaid) (los números de teléfono figuran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, se cancelará su membresía el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en el nuevo plan empezará también en este día.

Sección 2.2	Podrá finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	---

Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual (también denominado "Período de inscripción abierta anual"). Durante este período, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios a su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados

Capítulo 9 Cómo finalizar su membresía en el plan

- Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente

O BIEN

- Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.
- **Su membresía en nuestro plan** finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos

recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados independiente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe después en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3	Podrá finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer un solo cambio a su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en un plan de Medicare Advantage diferente o a la recepción de su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también opta por inscribirse en un plan de medicamentos

Capítulo 9 Cómo finalizar su membresía en el plan

recetados de Medicare, su membresía al plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, podrá finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, usted podría calificar para finalizar su membresía a otros períodos del año. Esto se denomina un **Período de inscripción especial**.

Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, podrá ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Los siguientes son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede contactarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)):

- Normalmente, cuando se muda.
- Si tiene MassHealth (Medicaid).
- Si es elegible para "Ayuda adicional" para el pago de los medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de atención médica integral para ancianos (PACE).

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con MassHealth (Medicaid).

- **Los períodos de inscripción varían** según la situación.
- **Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica y de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados
 - Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente

O BIEN

Capítulo 9 Cómo finalizar su membresía en el plan

- Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe después en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos

recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados independiente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Por lo general, se cancelará su membresía el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con MassHealth (Medicaid) y Ayuda adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros**
- Encontrar la información en el manual Medicare y usted 2023.
- Comunicarse con **Medicare** al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía a nuestro plan?

En la siguiente tabla se explica cómo debe finalizar su membresía a nuestro plan.

Capítulo 9 Cómo finalizar su membresía en el plan**Si desea pasarse de nuestro plan a: Debe hacer lo siguiente:**

Otro plan de salud de Medicare

- Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
- Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, automáticamente será dado de baja de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente

- Inscribirse en el nuevo plan de Medicare para medicamentos recetados. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
- Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, automáticamente será dado de baja de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).

Capítulo 9 Cómo finalizar su membresía en el plan**Si desea pasarse de nuestro plan a: Debe hacer lo siguiente:**

Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente

- Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados independiente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que se haya retirado de la inscripción automática.
- Si cancela su inscripción a una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Envíenos una solicitud escrita para cancelar su inscripción**
Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto.
- También puede comunicarse con **Medicare**, al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.
- Será dado de baja automáticamente de WellSense Senior Care Options cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe después en un plan de medicamentos de Medicare.

Para formular preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con la línea gratuita de MassHealth (Medicaid), al 800-842900, TTY 800-497-4648, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta cómo obtiene su cobertura de MassHealth (Medicaid).

Capítulo 9 Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que su membresía en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) termine, y comience su nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid), usted debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando a nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o de pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- Si es hospitalizado el día que finalice su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta (aunque reciba el alta después de que inicie su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía al plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?
--

WellSense Senior Care Options debe cancelar su membresía al plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para MassHealth (Medicaid). Según se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid. Si pierde su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) estándar, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) le garantizará un mes adicional de cobertura con nuestro plan después de que pierda su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid). Si no recupera su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) en ese período, finalizará su membresía en WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

Capítulo 9 Cómo finalizar su membresía en el plan

- Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja forma parte del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni posee residencia legal en Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que le brindan cobertura de medicamentos recetados. Como recordatorio, los miembros del plan no pueden inscribirse en otro seguro médico integral, excepto Medicare.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si usted se comporta continuamente de forma incorrecta y dificulta que nosotros le brindemos atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación del plan para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podría enviar su caso al inspector general para que lo investigue.
- Si usted tiene que pagar la cantidad adicional de la Parte D a causa de sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2	No <u>podemos</u> pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con la salud
--------------------	---

WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) no tiene autorización para solicitar que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si ocurre eso?

Capítulo 9 Cómo finalizar su membresía en el plan

Si considera que se le solicita que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 877-486-2048).

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía a nuestro plan
--------------------	--

Si finalizamos su membresía a nuestro plan, debemos indicarle nuestras razones por escrito para cancelarla. Además, debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 10:

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Notificación sobre la legislación vigente

La principal ley que se aplica a este documento de Evidencia de cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas bajo la Ley de Seguro social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, alguna discapacidad física o de salud mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de la idoneidad para ser asegurado o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben acatar las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que aplican para organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o regla que aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 800-368-1019 (TTY 800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [hhs.gov/ocr/index](https://www.hhs.gov/ocr/index).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso con la silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Notificación de los derechos de subrogación de Medicare como asegurador secundario

Capítulo 11 Avisos legales

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el asegurador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR las secciones 422.108 y 423.462, WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejercita el Secretario según normas CMS en subpartes B a D de parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 11:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos a pacientes que no exigen hospitalización y cuya estadía en el centro no superará las 24 horas.

Apelación: una apelación es lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de dejar de brindar los servicios que usted está recibiendo.

Período de beneficio de WellSense: la manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o de un centro de enfermería especializada SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará un período nuevo. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios. Tenga en cuenta: como miembro de un plan SCO, usted no tiene que pagar ningún costo compartido. Tenga en cuenta: Debido a que también tiene MassHealth Standard (Medicaid), no tiene que pagar por los servicios cubiertos.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y comercializado por las empresas farmacéuticas que inicialmente investigaron y desarrollaron el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y no suelen estar disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales de Atención Crónica: Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con afecciones crónicas graves o incapacitantes específicas, definidas en 42 CFR 422.2. Un SNP C-A debe tener atributos específicos que vayan más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los Planes de atención coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción proporcionadas a los C-SNP.

Coaseguro: un monto que usted debe pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible. Tenga en cuenta: como miembro de un plan SCO, usted no tiene que pagar ningún costo compartido. Tenga en cuenta: Debido a que también tiene MassHealth Standard (Medicaid), no tiene que pagar por los servicios cubiertos.

Queja: el nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”. El proceso de quejas se usa únicamente para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen la fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, los servicios de patología del lenguaje y los servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: cantidad que le puede corresponder pagar del costo de los servicios o suministros médicos, como por ejemplo la consulta médica, consulta hospitalaria ambulatoria o un medicamento con receta. El copago es una suma fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje. Tenga en cuenta: como miembro de un plan SCO, usted no tiene que pagar ningún costo compartido. Tenga en cuenta: Debido a que también tiene MassHealth Standard (Medicaid), no tiene que pagar por los servicios cubiertos.

Costo compartido: se refiere a los importes que debe pagar un miembro cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) el monto de cualquier deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) el monto de cualquier “copago” fijo que requiera un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) el monto de cualquier “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiera un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Tenga en cuenta: como miembro de un plan SCO, usted no tiene que pagar ningún costo compartido. Tenga en cuenta: Debido a que

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

también tiene MassHealth Standard (Medicaid), no tiene que pagar por los servicios cubiertos.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si presenta su receta en una farmacia y allí le indican que el medicamento no está cubierto por el plan, esto no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios de atención de la salud y los suministros cubiertos por el plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, por parte de un empleador o sindicato) que promete pagar, en promedio, al menos tanto como lo que cubre la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando califican para Medicare, generalmente, pueden mantener dicha cobertura sin pagar una multa, si deciden, más adelante, inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado de custodia o supervisado: el cuidado de custodia es la atención personal que usted recibe en un hogar de ancianos, en un centro para enfermos terminales o en otro centro cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, brindado por personas que no tienen capacidades profesionales o capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o una silla, moverse y usar el baño). También puede incluir el tipo de atención relacionado con la salud que la mayoría de las personas hace por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Tasa diaria de costo compartido: si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos, y debe pagar un copago, es posible que se aplique una “tasa diaria de costo compartido”. Un costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: si su copago para el suministro de un mes de un medicamento es \$30, y el suministro de un

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

mes de su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de costo compartido” es de \$1 al día. Tenga en cuenta: como miembro de un plan SCO, usted no tiene que pagar ningún costo compartido. Tenga en cuenta: Debido a que también tiene MassHealth Standard (Medicaid), no tiene que pagar por los servicios cubiertos.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que nuestro plan pague. Tenga en cuenta: como miembro de un plan SCO, usted no tiene que pagar ningún costo compartido. Tenga en cuenta: Debido a que también tiene MassHealth Standard (Medicaid), no tiene que pagar por los servicios cubiertos.

Desafiliar o cancelar su membresía: proceso de terminar su membresía a nuestro plan.

Tarifa de suministro o despacho: tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de adquirir un medicamento recetado, como el tiempo que destina el farmacéutico a preparar y empaquetar la receta. Los miembros del plan no son responsables por el costo de los servicios cubiertos.

Planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto para Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y la elegibilidad del individuo.

Persona doblemente elegible: una persona que califica para la cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid).

Equipo médico duradero (DME): determinado equipo médico que su médico indica por razones médicas. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros diabéticos, bombas de infusión intravenosa, aparatos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para el uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona legítima, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o incapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

Atención de emergencia: servicios cubiertos: (1) brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: este documento, junto con su solicitud de inscripción y cualquier otro adjunto, anexo u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no forma parte del formulario (una excepción al formulario) o le permite conseguir un medicamento no preferido a un nivel menor de costo compartido (una excepción de nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el plan le solicita que pruebe con otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted está solicitando (una excepción al formulario de medicamentos).

Ayuda adicional: programa de Medicare o del Estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros.

Medicamento genérico: medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) por contener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que el medicamento de marca y su costo es menor.

Reclamo: un tipo de queja que realiza sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no se relaciona con controversias sobre la cobertura o el pago.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: una persona que presta servicios que no necesita la experiencia de un profesional en enfermería autorizado ni la de un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si usted escoge un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Estadía en el hospital para pacientes hospitalizados: una estadía en el hospital cuando ha sido ingresado formalmente al hospital por servicios médicos especializados. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un “paciente ambulatorio”.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a determinado monto, tendrá que pagar el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también llamado IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a la prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo tanto, la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura según la Etapa de cobertura inicial.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en el que se puede inscribir en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que inicia 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): un plan de necesidades especiales que inscribe a personas que califican que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estas instalaciones pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o instalaciones aprobadas por los CMS que proporcionan servicios de atención médica similares a largo plazo que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o MassHealth (Medicaid); y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de instalaciones nombradas. Un Plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual (o tener y operar) con los centros de LTC específicos.

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

Plan institucional equivalente de necesidades especiales (HMO D-SNP): un plan que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación estatal. La evaluación se deberá realizar mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención médica del Estado respectivo, y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a individuos que residen en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria (ALF) contratado, si es necesario para garantizar una atención especializada uniforme.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Monto máximo de desembolso directo: lo máximo que usted paga de desembolso directo durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de MassHealth (Medicaid), los miembros no tienen un costo de desembolso directo).

MassHealth (Medicaid) o (Medical Assistance): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas que tienen recursos e ingresos limitados. Los programas de Medicaid estatal varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para MassHealth (Medicaid.)

Indicación medicamento aceptada: uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por determinados libros de referencia.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en fase terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

cancelar la inscripción a su plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un Plan HMO, ii) PPO, iii) un plan Privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), o iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Programa de descuentos para la interrupción de la cobertura de Medicare: un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de interrupción de la cobertura y que no estén recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como de la vista, dentales o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada contratada por Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, Planes de costos de Medicare, Planes de necesidades especiales, Programas piloto/de demostración y Programas de atención médica integral para ancianos (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro para ayudar a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza "Medigap" (Seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para llenar "vacíos" en Original Medicare. Las pólizas Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o "Miembro del Plan"): persona con Medicare, que califica para recibir cuidados médicos cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan, que se encarga de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se adquieren en una de las farmacias de nuestra red de servicios.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los "proveedores de la red" tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo, y en algunos casos para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman "proveedores del plan".

Determinación de la organización: una decisión que el plan toma sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura".

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare "de pago por servicio"): el gobierno ofrece Original Medicare y no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y a otros proveedores de atención médica con las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar ni proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tienen contrato con el plan para coordinar ni prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores que no pertenecen a la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen ni son administrados por nuestro plan.

Costos de desembolso directo: consulte la definición de "costo compartido" más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibió también se denomina requisito de costo "de desembolso directo" del miembro. Tenga en cuenta: como miembro de un plan SCO, usted no tiene que pagar ningún costo compartido. Tenga en cuenta: Debido a que también tiene MassHealth Standard (Medicaid), no tiene que pagar por los servicios cubiertos.

Plan PACE: el plan PACE (Programa de atención médica integral para ancianos) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para ayudar a las personas a continuar siendo independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden ser cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

Multa por inscripción tardía de la Parte D: el monto agregado a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se prevé que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible o se une a la Parte D por primera vez. Si pierde la Ayuda adicional, podría estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más consecutivos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): un Plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o de fuera de la red. El costo compartido del miembro normalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos de desembolso directo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos de desembolso directo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare debe consultar primero a su médico de atención médica primaria antes de consultar a otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: los dispositivos médicos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo interno o una función, incluyendo materiales de estoma y terapia de nutrición parenteral y enteral.

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de control que está diseñada para limitar el uso de medicamentos selectos por motivos de calidad, seguridad o de utilización. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que nosotros cubrimos por receta médica o por un período definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan las opciones de médicos y hospitales que están a su disposición, por lo general, también es el área donde puede recibir los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera de su área de servicios.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar una enfermera o un médico registrado.

Plan de necesidades especiales: clase especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención de salud más focalizada en grupos específicos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como MassHealth (Medicaid), que residen en un asilo o que padecen determinadas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que le exige tomar otro medicamento primero para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó originalmente.

Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años de edad. Los beneficios SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios necesarios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando el proveedor está temporalmente inaccesible o no disponible, o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes**Servicios para Miembros de WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP)**

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>855-833-8125</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).</p>
POR FAX	617-897-0884
POR ESCRITO	<p>WellSense Senior Care Options (HMO D-SNP) Member Services Department 529 Main Street, Suite 500 Charlestown, MA 02129</p>

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico de Massachusetts SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico de todos) es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita sobre seguro médico a los beneficiarios de Medicare.

Método	Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>800-AGE-INFO (800-243-4636), presione la opción 3 o la opción 5 si llama desde un teléfono celular, y deje un mensaje y un representante le responderá.</p>

Capítulo 11 Definiciones de términos importantes

Método	Información de contacto
TTY	711 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	Llame al número que aparece arriba para ver la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	massoptions.org/massoptions

Declaración de divulgación PRA De acuerdo a la ley de reducción de papeleo de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que tenga un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recolección de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A/A: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.