

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

## Evidencia de cobertura:

Sus beneficios de salud y servicios y cobertura de medicamentos con receta médica como miembro de *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan*

Este folleto le proporciona detalles acerca de su atención médica, atención a largo plazo, servicios basados en la comunidad y el hogar y cobertura de medicamentos con receta de MassHealth (Medicaid) del 1 de enero al viernes, 31 de diciembre de 2021. También explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan*, es ofrecido por Boston Medical Center Health Plan, Inc. Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Boston Medical Center Health Plan, Inc., conocido como Boston Medical Center HealthNet Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” se refiere a *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*.

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al 1-855-833-8125 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario 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.).

Podemos proporcionarle 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 de una manera que usted la entienda, llame a Servicios al Miembro (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.

*Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan* es un plan HMO con un contrato de Medicare Advantage y un contrato con el programa de Medicaid de Massachusetts. La inscripción en *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan* depende de la renovación del contrato. *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan* es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (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.

H9585\_SCO\_EOC\_01012021\_SP\_C

Evidencia de cobertura para 2021

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo. **Al comienzo de cada capítulo encontrará una lista detallada de temas.**

<b>Capítulo 1. Introducción como miembro .....</b>	<b>4</b>
Explica lo que significa pertenecer a un plan de salud de Senior Care Options y cómo usar este manual. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de identificación del plan y cómo mantener actualizado el registro de membresía.	
<b>Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes.....</b>	<b>15</b>
Le dice cómo comunicarse con nuestro plan ( <i>Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan</i> ) y con otras organizaciones, incluso Medicaid (programa de seguro médico para personas de bajos ingresos).	
<b>Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos .....</b>	<b>30</b>
Explica las cosas importantes que debe saber acerca de cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención cuando usted tiene una emergencia.	
<b>Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto) .....</b>	<b>46</b>
Le proporciona detalles acerca de los tipos de atención médica que están cubiertos y los que <i>no</i> están cubiertos como miembro de nuestro plan.	
<b>Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D .....</b>	<b>91</b>
Explica las reglas que debe seguir cuando obtenga sus medicamentos recetados. Le indica cómo utilizar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Le indica qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a su cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde adquirir sus medicamentos recetados. Proporciona información sobre los programas del plan para la seguridad y el manejo de los medicamentos.	

**Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos ..... 113**

Explica cuándo y cómo enviar una factura cuando desee solicitar que le paguemos un reembolso por sus servicios o medicamentos cubiertos.

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades ..... 120**

Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Le indica lo que puede hacer si cree que no se han respetado sus derechos.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..... 132**

Le informa paso a paso qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar las decisiones de cobertura y hacer apelaciones, si usted experimenta problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que cree que están cubiertos por nuestro plan. Eso incluye solicitar que hagamos excepciones a las normas o a las restricciones adicionales sobre su cobertura para medicamentos recetados, y solicitar que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si usted considera que su cobertura terminará demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

**Capítulo 9. Cómo finalizar su afiliación al plan ..... 155**

Explica cuándo y cómo puede finalizar su afiliación al plan. Explica las situaciones en que nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.

**Capítulo 10. Avisos legales..... 161**

Incluye avisos sobre las leyes vigentes y la no discriminación.

**Capítulo 11. Definiciones de términos importantes ..... 164**

Explica los términos clave que se utilizan en este manual.

# CAPÍTULO 1

## *Introducción como miembro*

## Capítulo 1. Introducción como miembro

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....5</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en <i>Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan</i> que es un plan de necesidades especiales para personas mayores.....5
Sección 1.2	¿De qué trata el manual de <i>Evidencia de cobertura?</i> .....5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....6
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuáles son los requisitos para ser miembro de un plan?.....6</b>
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad .....6
Sección 2.2	¿Qué es Medicaid? .....7
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan de <i>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i> .....8
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?.....8</b>
Sección 3.1	Su tarjeta de identificación del plan: Utilícela para obtener toda la atención médica y los medicamentos recetados cubiertos.....8
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : Su guía de todos los proveedores de la red del plan .....9
Sección 3.3	La <i>Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)</i> .....10
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Mantenga actualizado su registro centralizado de afiliación al plan ..11</b>
Sección 4.1	Cómo puede ayudar a asegurar que la información que tenemos acerca de usted es correcta.....11
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información médica personal .....12</b>
Sección 5.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida.....12
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....13</b>
Sección 6.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene un seguro médico adicional?.....13

---

## SECCIÓN 1      Introducción

---

Sección 1.1	Usted está inscrito en <i>Senior Care Options (SCO)</i> de <i>BMC HealthNet Plan</i> que es un plan de necesidades especiales para personas mayores
-------------	---

Usted está cubierto por MassHealth (Medicaid):

- **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 Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga usted. En Massachusetts, al programa de Medicaid se le llama MassHealth.

Usted ha decidido recibir su atención de salud de MassHealth (Medicaid) y la cobertura de medicamentos con receta médica a través de nuestro plan, *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*.

Debido a que usted recibe ayuda de MassHealth (Medicaid), no tiene gastos de desembolso directo por sus servicios de atención médica. MassHealth (Medicaid) también le brinda otros beneficios que cubren servicio de atención médica que incluyen medicamentos recetados, atención de largo plazo y/o servicios basados en el hogar o la comunidad. *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* lo ayudará a administrar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y de pago a los que usted tiene derecho.

*Senior Care Options (SCO)* de *BMC HealthNet Plan* es operada por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes de necesidades especiales Senior Care Options, el plan tiene contrato con Medicare y con el programa MassHealth (Medicaid) de Massachusetts para coordinar sus beneficios. Nos complace brindarle la cobertura de salud, que incluye la cobertura de sus medicamentos recetados, atención a largo plazo y servicios basados en el hogar y la comunidad.

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

Sección 1.2	¿De qué trata el manual de <i>Evidencia de cobertura</i> ?
-------------	--

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su atención médica, atención a largo plazo, servicios basados en el hogar y la comunidad y medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

## Capítulo 1. Introducción como miembro

---

Las palabras “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 con receta médica disponibles para usted como miembro de *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan*.

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 manual de *Evidencia de cobertura*.

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

### Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

#### Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* 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 *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan* entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, podemos hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan* después del 31 de diciembre de 2021. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2021.

#### MassHealth (Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año

La Mancomunidad de Massachusetts/Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos debe aprobar nuestro plan. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de MassHealth (Medicaid) como miembro de nuestro plan, siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y que el Estado de Massachusetts/EOHHS renueve su aprobación del plan.

---

## 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:

## Capítulo 1. Introducción como miembro

---

- Califique para MassHealth (Medicaid) Standard con una categoría de asistencia admisible para SCO; y
- -- y -- viva en nuestra área de cobertura geográfica (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio).
- -- y -- No resida en un centro de atención intermedia para personas con atraso mental (IFC/MR);
- -- y -- Seleccione un médico de atención primaria (PCP) y acepte ayudar a su médico de atención primaria a desarrollar un plan de atención individualizado;
- -- y -- No esté sujeto a un período de deducible de 6 meses conforme a las regulaciones de MassHealth;
- -- y -- Acepte recibir todos los servicios de Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan, excepto en el caso de una emergencia o cuando esté viajando temporalmente fuera del área de servicio;
- -- y -- No resida en un hospital para enfermedades crónicas o de rehabilitación;
- -- 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 MassHealth Standard.

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).

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Qué es Medicaid?</b>
--------------------	--------------------------

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. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que cumplan los lineamientos federales.



## Capítulo 1. Introducción como miembro

### Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*

*BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* 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 planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

También es importante que llame a MassHealth (Medicaid) si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

## SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

### Sección 3.1 Su tarjeta de identificación del plan: Utilícela para obtener toda la atención médica y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted debe utilizar su tarjeta de identificación de nuestro plan 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 Medicaid al proveedor. A continuación, se encuentra una muestra de la tarjeta de identificación para que sepa cómo se verá:



Mientras usted sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar su tarjeta de MassHealth (Medicaid)** para obtener servicios médicos cubiertos. Mantenga su tarjeta de MassHealth (Medicaid) en un lugar seguro para cuando la necesite.

## Capítulo 1. Introducción como miembro

---

**Esto es muy importante porque:** Si usted recibe servicios que están cubiertos con su tarjeta de MassHealth (Medicaid) en lugar de nuestra tarjeta de miembro de *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* 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 al Miembro de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

<b>Sección 3.2</b>	<b>El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>: Su guía de todos los proveedores de la red del plan</b>
--------------------	---

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestros proveedores de la red, farmacias de la red y proveedores de equipo médico duradero. Este directorio está disponible en nuestro sitio web [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org) o, si desea obtener una copia impresa, puede llamar a nuestro Departamento de Servicios al Miembro. (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 [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org).

### ¿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 *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan* 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 solo vea a proveedores de la red para sus beneficios cubiertos. Si usted no usa los proveedores de la red (participantes) cuando acceda a sus beneficios, usted podrá ser responsable por

## Capítulo 1. Introducción como miembro

---

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 al Miembro (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 al Miembro. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org), o descargarlo de este sitio web. Servicios al Miembro y el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada acerca de los cambios en nuestra red de proveedores.

### ¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que aceptaron dispensar las recetas médicas cubiertas a los miembros de nuestro plan.

### ¿Por qué debe estar informado sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Una versión actualizada del *Directorio de proveedores y farmacias* se encuentra en nuestro sitio web en [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org). También puede comunicarse a Servicios al Miembro para obtener información actualizada o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias por correo*. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para averiguar qué farmacias están en nuestra red .**

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2021 . Un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado está disponible en nuestro sitio web, en [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org). También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Le sugerimos encarecidamente que revise nuestro Directorio de proveedores y farmacias actualizado para ver si su farmacia todavía está en nuestra red.** Esto es importante porque, salvo pocas excepciones, usted debe surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red si desea que nuestro plan los cubra (lo ayude a pagarlos) .

Si usted no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia en Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Puede llamar en cualquier momento a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. Usted también puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org).

Sección 3.3	La <i>Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)</i>
-------------	---

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 MassHealth (Medicaid).

## Capítulo 1. Introducción como miembro

---

MassHealth (Medicaid) ha aprobado la Lista de medicamentos de *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*.

El plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). Para abreviar la llamamos “Lista de medicamentos”. Esta dice cuáles medicamentos con receta están cubiertos por *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*.

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

Le proporcionaremos 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 ([www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org)) o llamar a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

---

## SECCIÓN 4 Mantenga actualizado su registro centralizado de afiliación al plan

---

Sección 4.1	Cómo puede ayudar a asegurar que la información que tenemos acerca de usted es correcta
-------------	---

Su registro centralizado de miembro tiene información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. 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 afiliación 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.

### 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 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

## **Capítulo 1. Introducción como miembro**

---

- Si cambia la persona designada responsable (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

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

Es muy importante que llame a la oficina de MassHealth (Medicaid) si hay cambios en su nombre, dirección u otra información. 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 al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

---

## **SECCIÓN 5 Protegemos la privacidad de su información médica personal**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida</b>
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros 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.

---

## **SECCIÓN 6      Cómo funciona otro seguro con nuestro plan**

---

<b>Sección 6.1      ¿Qué plan paga primero cuando tiene un seguro médico adicional?</b>
---

Cuando usted tiene cobertura de otro seguro médico (como cobertura de salud grupal del empleador), nosotros trabajamos con su otro seguro para coordinar sus beneficios del plan. Este proceso se denomina “coordinación de beneficios”.

Somos el pagador de última instancia. Esto significa que cuando usted tiene otro seguro, siempre pagan primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, que se denomina “pagador secundario”, paga únicamente si hay costos no cubiertos por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Este es el caso a menos que la ley establezca otra cosa. En otros casos, como para servicios que no estén cubiertos por el plan, es posible que pueda obtener estos servicios cubiertos por su otro seguro. Si tiene un seguro médico adicional, llámenos al 617-748-6188 para darnos información sobre su otro seguro y para averiguar cómo se manejarán los pagos.

Usted debe respetar todas las reglas de su seguro primario al recibir servicios. Es posible que cubramos servicios o artículos que no cubra su seguro primario. Es importante que utilice proveedores que estén en la red de su seguro primario y en nuestra red para que los reclamos se procesen correctamente.

Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, al hospital y a la farmacia. Si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). 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.

# CAPÍTULO 2

## *Números de teléfono y recursos importantes*

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

---

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

SECCIÓN 1	<i>Contactos de Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan</i> (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios al Miembro en el plan) ..... <b>16</b>
SECCIÓN 2	<b>Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program)</b> (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas acerca de MassHealth)..... <b>24</b>
SECCIÓN 3	<b>MassHealth (Medicaid)</b> (un programa conjunto federal y estatal que brinda asistencia económica con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) ..... <b>24</b>
SECCIÓN 4	¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? ..... <b>27</b>
SECCIÓN 5	Usted puede obtener ayuda de las Agencias del Área sobre el Envejecimiento..... <b>27</b>



**SECCIÓN 1**      *Contactos de Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan*  
 (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios al Miembro en el plan)

**Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de nuestro plan**

Para obtener asistencia relacionada con preguntas sobre tarjetas de asegurado, reclamos o facturación, llame o escriba a Servicios para Miembros de *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*. Nos complacerá poder ayudarlo.

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
<b>POR TELÉFONO</b>	1-855-833-8125  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 al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  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. 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).
<b>POR FAX</b>	1-617-897-0884
<b>POR ESCRITO</b>	<i>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i> Member Services Department 529 Main Street Suite 500 Charlestown, MA 02129
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.SeniorsGetMore.org">www.SeniorsGetMore.org</a>

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura 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. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura para su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-855-833-8125</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). Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para 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>
POR FAX	1-617-951-3464
POR ESCRITO	<p><i>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (HMO D-SNP)</i>                      Prior Authorization Department                      529 Main Street Suite 500                      Charlestown, MA 02129</p>
SITIO WEB	<a href="http://www.SeniorsGetMore.org">www.SeniorsGetMore.org</a>

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica**

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 presentar una apelación de su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones sobre atención médica – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-855-833-8125</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). Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para 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>
POR FAX	1-617-897-0805
POR ESCRITO	<p><i>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i>                      Member Appeals Department                      529 Main Street Suite 500                      Charlestown, MA 02129</p>
SITIO WEB	<a href="http://www.SeniorsGetMore.org">www.SeniorsGetMore.org</a>

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores 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. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-855-833-8125  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 al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711  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. 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).
POR FAX	1-617-897-0805
POR ESCRITO	<i>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i> Member Grievances Department 529 Main Street Suite 500 Charlestown, MA 02129

**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos con receta**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta médica. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados, 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	Decisiones de cobertura para los medicamentos con receta – Información de contacto
<p><b>POR TELÉFONO</b></p>	<p>1-855-833-8125</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). Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
<p><b>TTY</b></p>	<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>
<p><b>POR FAX</b></p>	<p>1-877-503-7231</p>
<p><b>POR ESCRITO</b></p>	<p>Express Scripts                      ATTN: Medicare Part D                      4700 N. Hanley, Suite C                      St. Louis, MO 63134</p>
<p><b>SITIO WEB</b></p>	<p><a href="http://www.SeniorsGetMore.org">www.SeniorsGetMore.org</a></p>

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados**

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 presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 8 (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)).

Método	Apelaciones sobre medicamentos con receta - Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-855-833-8125</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). Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para 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>
POR FAX	1-617-897-0805
POR ESCRITO	<p><i>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i>                      Member Appeals Department                      529 Main Street Suite 500                      Charlestown, MA 02129</p>
SITIO WEB	<a href="http://www.SeniorsGetMore.org">www.SeniorsGetMore.org</a>

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos recetados**

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las 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. (Si su problema es sobre la cobertura o pago del plan, debería consultar la sección anterior sobre presentar una apelación.) Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 8 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Método	Quejas sobre medicamentos recetados – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-855-833-8125 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 al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 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. 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).
POR FAX	1-617-897-0805
POR ESCRITO	<i>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i> Member Grievances Department 529 Main Street Suite 500 Charlestown, MA 02129

**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*).

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

**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]*).

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-855-833-8125</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). Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para 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>
POR FAX	<p>1-617-897-0884 para solicitudes de atención médica</p> <p>1-608-741-5483 para solicitudes de medicamentos</p>
POR ESCRITO	<p><b><i>Para solicitudes de pago de atención médica:</i></b></p> <p>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)                      Member Services Department                      529 Main Street, Suite 500                      Charlestown, MA 02129</p> <p><b><i>Para solicitudes de pago de medicamentos:</i></b></p> <p>Express Scripts                      ATTN: Medicare Part D                      P.O. Box 14718                      Lexington, KY 40512-4718</p>
SITIO WEB	<a href="http://www.SeniorsGetMore.org">www.SeniorsGetMore.org</a>



**SECCIÓN 2 Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program) (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas acerca de MassHealth)**

El Programa Estatal de Asistencia con el 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 orientación gratuita sobre seguros de salud.

Los asesores de *SHINE* pueden ayudarle con sus problemas o preguntas. Ellos pueden ayudarle a entender sus derechos, ayudarle a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y ayudarle a solucionar problemas con sus facturas. Los asesores de *SHINE* también pueden ayudarle a entender sus opciones de plan y responder sus preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa <i>SHINE</i> (SHIP de Massachusetts) – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636), pulse 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 <i>SHINE</i> en su área.
SITIO WEB	<a href="http://www.800ageinfo.com">www.800ageinfo.com</a>

**SECCIÓN 3 MassHealth (Medicaid)**  
(un programa conjunto federal y estatal que brinda asistencia económica con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Cuando se une a nuestro plan, se inscribe en MassHealth Standard (Medicaid).

Su elegibilidad para su membresía se basa en:

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

- MassHealth (Medicaid) determina su elegibilidad para los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid)

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.

Método	<i>Programa Medicaid de Massachusetts - Información de contacto</i>
POR TELÉFONO	1-800-841-2900 Disponibile de 8:00 a. m a 5:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	1-800-497-4648 Para este número, se necesita un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	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	<a href="http://www.mass.gov/masshealth">www.mass.gov/masshealth</a>

Método	MassOptions – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-844-422-6277 Disponibile 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	<a href="http://www.massoptions.org">www.massoptions.org</a>

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

El Programa de defensoría de atención comunitaria de Massachusetts ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas en el servicio o de facturación. Ellos pueden ayudarlo a presentar un reclamo o apelación a nuestro plan.

Método	Programa de defensoría de atención comunitaria de Massachusetts – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-617-727-7750 O 1-800-243-4636), de lunes a viernes, de 8:45 a. m a 5:00 p. m.
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 <sup>th</sup> Floor Boston, MA 02108
SITIO WEB	<a href="http://www.mass.gov/masshealth">www.mass.gov/masshealth</a>

El Programa de defensoría de atención comunitaria 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 de defensoría de Massachusetts – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-855-781-9898, 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	<a href="http://www.myombudsman.org">www.myombudsman.org</a>

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes****SECCIÓN 4 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?**

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 al Miembro si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre sus beneficios de salud de jubilación o de su empleador (o los de su cónyuge) o las primas. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual)

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 con receta con nuestro plan.

**SECCIÓN 5 Usted puede obtener ayuda de las Agencias del Área sobre el Envejecimiento**

Condados	Agencia del área para personas mayores	Información de contacto
Suffolk	Boston Senior Home Care	Lincoln Plaza 89 South Street, Suite 501 Boston, MA 02111 (617) 451-6400
Suffolk	Central Boston Elder Services	2315 Washington Street Boston, MA 02119 (617) 277-7416
Suffolk	Somerville-Cambridge Elder Services	61 Medford Street Somerville, MA 02143 (617) 628-2601
Suffolk	Southwest Boston Senior Services dba Ethos	555 Amory Street Jamaica Plain, MA 02130 (617) 522-6700
Suffolk	Mystic Valley Elder Services	300 Commercial Street, #19 Malden, MA 02148 (781) 324-7705
Hampden	WestMass Elder Care	4 Valley Mill Road Holyoke, MA 01040 (413) 538-9020
Hampden	Greater Springfield Senior Services	66 Industry Avenue Springfield, MA 01104 (413) 781-8800
Hampden	Highland Valley Elder Services	320 Quality Drive Florence, MA 01062 (413) 586-2000

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

---

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 (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) 675-2101
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 de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos*

## **Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos**

Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? .....	32
Sección 1.2	Reglas básicas para recibir la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan.....	32
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios .....</b>	<b>33</b>
Sección 2.1	Usted debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y controle su atención .....	33
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP? .....	35
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	35
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red .....	37
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe.....</b>	<b>37</b>
Sección 3.1.	Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica .....	37
Sección 3.2.	Obtener atención cuando se presenta una necesidad urgente .....	38
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante una catástrofe .....	39
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos? .....</b>	<b>40</b>
Sección 4.1	Usted puede solicitar que paguemos los servicios cubiertos.....	40
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? .....	40
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”? .....</b>	<b>40</b>
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? .....	40
Sección 5.2	¿Quién paga qué cuando usted participa en un estudio de investigación clínica? .....	41
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención de la salud no médica” .....</b>	<b>42</b>
Sección 6.1	¿Qué es una “institución religiosa de atención de la salud no médica”? .....	42
Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica.....	42

**Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos**

---

<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Reglas para la propiedad de equipo médico duradero .....</b>	<b>43</b>
Sección 7.1	¿El equipo médico duradero le pertenecerá luego de realizar determinada cantidad de pagos según el plan? .....	43
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento.....</b>	<b>44</b>
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?.....	44



---

## **SECCIÓN 1      Lo que debe saber acerca de cómo obtener su atención médica y otros servicios cubiertos 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 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, lo que está cubierto*).

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

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 médicos, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica son los que aparecen en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

<b>Sección 1.2      Reglas básicas para recibir la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan</b>
--

*BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe esté incluida en el Cuadro de beneficios del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- **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

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

---

o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen 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).
  - No se necesita una referencia 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 esta 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). *Hay tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted obtenga 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, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Usted, su PCP o un proveedor del plan deben solicitar al plan una autorización previa por los servicios cubiertos antes de que usted reciba servicios o atención 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 cobertura del plan.

---

## 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

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

---

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.

- 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 al Miembro (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 al Miembro 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 al Miembro para elegir a su nuevo Proveedor de atención primaria o complete un formulario de elección de PCP en la oficina de su proveedor y solicite que nos lo envíen por fax. Este formulario también está disponible en nuestro sitio web en [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org).

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

### **Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos**

En ciertos momentos, un PCP puede elegir dejar la red de *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*. Si ocurre eso y actualmente recibe servicios de ellos, deberá cambiar a otro PCP que participe en la red de *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*. Le enviaremos una carta para avisarle y ayudarlo a cambiarse a otro PCP para que siga recibiendo sus servicios cubiertos. Los Servicios al Miembro puede ayudarlo a buscar y seleccionar otro PCP que tenga contrato con la red de *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan*. 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 la aprobación previa 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, 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
- Servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda tener acceso a ellos temporalmente o, p. ej., cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- 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 al Miembro 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. Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

#### **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

### **Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos**

---

- No se necesita una derivación (una orden de su proveedor de atención primaria (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 el servicio que necesita requiere 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, MassHealth (Medicaid) 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 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 al Miembro (los números de teléfono de Servicios al Miembro aparecen en la contraportada de este manual).

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

Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red (para obtener más información sobre este servicio, lea 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 cubiertos 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**” se presenta cuando usted u otra persona común, con conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, o la pérdida física o motora de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **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 derivación de su PCP.
- **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 al Miembro 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, incluso si está fuera de los Estados Unidos y 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 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.

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Usted acude a un proveedor de la red 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).

<b>Sección 3.2. Obtener atención cuando se presenta una necesidad urgente</b>
---

### **¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Los “servicios de urgencia” son una situación que no es de emergencia, una enfermedad inesperada, lesión o una afección que exige atención médica de inmediato. Los servicios necesarios de urgencia pueden prestarlos proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente. Por ejemplo, la afección no prevista podría ser un episodio repentino de una afección que usted padece.



### **Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos**

---

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

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.

<b>Sección 3.3</b>	<b>Cómo obtener atención durante una catástrofe</b>
--------------------	---

Si el gobernador de su estado, 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: [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org) para obtener información sobre cómo obtener atención necesaria durante una catástrofe.

Por lo general, 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 cubiertos?**

---

<b>Sección 4.1      Usted puede solicitar que paguemos los servicios cubiertos</b>
--

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.

<b>Sección 4.2      ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?</b>
---

*Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan* cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se enumeran en el Cuadro de beneficios (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 al Miembro 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”?**

---

<b>Sección 5.1      ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?</b>
--

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. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos al pedir a voluntarios que los ayuden con el estudio. Este tipo de estudio es una de las últimas etapas del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para los miembros del plan. MassHealth (Medicaid) o nuestro plan primero debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que MassHealth (Medicaid) o nuestro plan no haya aprobado, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Cuando MassHealth (Medicaid) o nuestro plan apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y para ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. 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 desea participar de un estudio de investigación clínica aprobado, no es necesario 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**. Usted puede seguir inscrito en nuestro plan y recibir el resto de su atención (la atención que no se relacione con el estudio) a través del plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, contáctese con Servicios al Miembro (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.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica calificado y aprobado, tendrá cubiertos los artículos y servicios que reciba como parte del estudio, por ejemplo:

- Habitación y alimentación durante una estadía en el hospital que MassHealth pagaría aun si usted no participara de 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

El plan paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Al igual que 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 documentación que demuestre qué servicios

recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información acerca de cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando participe en un estudio clínico de investigación, **ni MassHealth (Medicaid) ni nuestro plan pagarán nada por lo siguiente:**

- Por lo general, el plan *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se esté probando en el estudio, excepto en los casos en que MassHealth (Medicaid) 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, el plan no pagaría tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente necesitaría solo una tomografía computarizada.

---

## **SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención de la salud no médica”**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Qué es una “institución religiosa de atención de la salud no médica”?</b>
--------------------	---

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. Usted puede optar por buscar atención médica en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio se proporciona únicamente a los servicios para pacientes hospitalizados (servicios de atención de la salud no médicos). El plan pagará únicamente los servicios de atención médica no médicos proporcionados por una institución religiosa de salud que no presta servicios médicos.

<b>Sección 6.2</b>	<b>Recibir atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica</b>
--------------------	--

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.

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

---

- 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:

- 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 *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan* 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.

Sin embargo, como miembro de *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*, usted generalmente no adquirirá la propiedad del DME alquilado. Bajo ciertas circunstancias limitadas, no le transferiremos a usted la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) para obtener información acerca de los requisitos que usted debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

---

## SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

---

Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?
-------------	---

Si califica para cobertura de equipos de oxígeno, mientras esté inscrito, *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan* 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 abandona *Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan* o ya no necesita el equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

# CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

---

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Entender los servicios cubiertos .....47</b>
Sección 1.1	Usted no paga nada por los servicios cubiertos.....47
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Utilice el <i>Cuadro de beneficios</i> para averiguar qué está cubierto.....47</b>
Sección 2.1	Sus beneficios médicos, atención de largo plazo o servicios basados en el hogar y la comunidad como miembro del plan .....47
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....88</b>
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan.....88

## Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

---

**Tenga en cuenta:** Debido a la emergencia de salud pública por el COVID-19, estamos cumpliendo con todos los requisitos bajo la ley estatal y federal en lo que se refiere a las flexibilidades para ciertos beneficios. Cuando termine la emergencia de salud pública, también eliminaremos las flexibilidades aplicables según lo requieran Medicare (Centros de Servicios para Medicare y Medicaid o CMS) y MassHealth (Medicaid).

---

### SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos

---

Este capítulo se refiere a qué servicios están cubiertos. Incluye un Cuadro de beneficios que proporciona una lista de sus servicios cubiertos como miembro de *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*. 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 2 Utilice el *Cuadro de beneficios* para averiguar qué está cubierto

---

Sección 2.1	Sus beneficios médicos, atención de largo plazo o servicios basados en el hogar y la comunidad como miembro del plan
-------------	--

El Cuadro de beneficios de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios solo están cubiertos cuando se cumplen todos los requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de MassHealth (Medicaid) deben brindarse según las pautas de cobertura establecidas por MassHealth (Medicaid).
- 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 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.



#### **Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

---

- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios 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 en cursiva.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Cubrimos todo lo que cubre MassHealth (Medicaid) Standard, incluso atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios basados en el hogar y en la comunidad.

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;
  - Demencia;
  - Diabetes mellitus;
  - Enfermedad hepática terminal;

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

---


- 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 mental 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 accidente cerebrovascular; Y

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

- Derrame cerebral
- Otras afecciones que cumplen con los criterios y son potencialmente mortales o limitan de manera significativa la salud general y la función del afiliado.
- 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**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> <b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></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 coseguro, copago ni deducible para los miembros que tienen derecho a esta prueba de detección preventiva.</p>
<p><b>Acupuntura para el dolor crónico de espalda baja</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubre hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como un dolor que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● dura 12 semanas o más;</li> <li>● es inespecífico, ya que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</li> <li>● no está asociado con la cirugía; y</li> <li>● no está asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está retrocediendo. También hay cobertura para alivio del dolor, anestesia o desintoxicación por abuso de sustancias.</p>	<p>Copago de \$0</p>




**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Atención diurna y transporte para adultos (mínimo 2 días a la semana)</b></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><i>Se necesita autorización previa para la Atención diurna para adultos.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Atención en hogares sustitutos para adultos (AFC)/Atención en hogares sustitutos colectivos para adultos (GAFC)</b></p> <p>La <b>AFC</b> 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><b>GAFC</b> 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><i>Se necesita autorización previa para la Atención en hogares sustitutos para adultos (AFC) y para la Atención en hogares sustitutos colectivos para adultos (GAFC).</i></p>	<p>Copago de \$0</p>


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul> <p>El transporte en ambulancia de emergencia está cubierto 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><i>Se necesita autorización previa para los servicios de transporte que no sean de emergencia como se describe en el párrafo anterior.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> <b>Visita de bienestar anual</b></p> <p>Usted puede obtener una consulta anual de estado físico para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y los factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> <b>Medición de la masa ósea</b></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 coseguro, copago o deducible para medición de la masa ósea cubierta.</p>
<p> <b>Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una mamografía cada 12 meses para las mujeres de más de 40 años de edad</li> <li>Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la mamografía de detección cubierta.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></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><i>Es posible que se necesite una autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> <b>Visita para reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</b></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 coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.</p>
<p> <b>Examen de enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses)</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de enfermedad cardiovascular cubierto una vez cada 5 años.</p>
<p> <b>Examen de chequeo de cáncer cervical y vaginal</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses</li> <li>• Si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y ha tenido un resultado anormal del examen de Papanicolaou en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**


Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones</li> <li>• Otros servicios quiroprácticos se cubren hasta un máximo de 20 visitas por año de beneficios.</li> </ul> <p><i>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.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Servicios domésticos</b></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>Copago de \$0</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para personas de 50 años o mayores, están cubiertos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario como alternativa) cada 48 meses</li> </ul> <p>Uno de las siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sangre oculta en heces (gFOBT)</li> <li>• Prueba inmunoquímica fecal (FIT)</li> </ul> <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"> <li>• Examen de colonoscopia (o examen de detección por enema de bario, como alternativa) cada 24 meses</li> </ul> <p>Para personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**



Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios de compañía</b></p> <p>Incluyen la socialización, ayuda para hacer las compras o trámites, acompañamiento para ir al médico, lugares de nutrición, caminatas, actividades recreativas, y ayuda con la preparación y servicio de refrigerios livianos.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Servicios de habilitación diurnos</b></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><i>Se necesita autorización previa para los Servicios de habilitación diurnos.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Atención diurna a personas con demencia</b></p> <p>Entorno seguro y estructurado para miembros con discapacidades cognitivas aprobado por el Departamento de Asuntos de Adultos Mayores.</p> <p><i>Se necesita autorización previa para la Atención diurna a personas con demencia.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>



**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios dentales</b></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"><li>• Visitas de atención de emergencia</li><li>• Extracciones (extracción de dientes)</li><li>• Restauraciones (empastes)</li><li>• Endodoncia (tratamiento de conductos)</li><li>• Tratamiento periodontal (higiene profunda)</li><li>• Coronas</li><li>• Dentaduras postizas (completas, parciales o reparación), incluyendo procedimientos quirúrgicos relacionados con dentaduras totales o parciales</li><li>• Diagnóstico (exámenes y radiología)</li><li>• Preventivo (limpiezas)</li><li>• Algunas cirugías orales, como biopsias y cirugía del tejido blando</li><li>• Otros según sean médicamente necesarios</li></ul> <p><i>Se puede exigir autorización previa para algunos servicios dentales que no son de rutina.</i></p>	<p>Copago de \$0</p> <p>El reemplazo de dentaduras se limita a la cobertura una vez cada cinco (5) años a menos que su equipo de atención primaria o proveedor de atención primaria autoricen algo distinto.</p>
<p> <b>Detección de la depresión</b></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 derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de depresión.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> <b>Prueba de detección de diabetes</b></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 coseguro, copago o deducible para prueba de detección de diabetes cubiertas.</p>
<p> <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b></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"><li>• 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</li><li>• 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.</li><li>• La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en determinadas condiciones.</li></ul>	<p>Copago de \$0</p>


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>                      (Busque en el Capítulo 11 de este manual la definición de “equipo médico duradero”).</p> <p>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.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos 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 <a href="http://www.SeniorsGetMore.org">www.SeniorsGetMore.org</a>.</p> <p>En general, <i>Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan</i> cubre los DME cubiertos 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 <i>Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan</i> 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).</p> <p>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 más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 8, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p> <p><i>Se necesita autorización previa para determinados equipos y suministros médicos duraderos.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y</li> <li>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una situación de emergencia médica.</li> </ul> <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><i>Copago de \$0</i></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 <i>O</i> debe obtener autorización para su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red.</p>
<p><b>Servicios de adaptación al entorno</b></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><i>Se necesita autorización previa para los Servicios de adaptación al entorno.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Coordinación de servicios de apoyo geriátrico (GSSC)</b></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>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios de compra/entrega de productos del supermercado</b>                      Incluye pedido de productos del supermercado, compras, entrega y apoyo según sea necesario; puede incluir información y educación nutricional</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> <b>Programas de educación sobre salud y bienestar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficio de acondicionamiento físico (beneficio suplementario)</li> <li>• Material impreso para la educación de la salud</li> <li>• Capacitación sobre nutrición</li> <li>• Beneficios nutricionales</li> <li>• Otros servicios para el bienestar de la salud</li> </ul>	<p>Beneficio de acondicionamiento físico: Usted está cubierto por hasta \$225 por año calendario para ser miembro de un Health Club o YMCA, así como clases de ejercicios como aeróbicos acuáticos, pilates, yoga, programas de ejercicios en el hogar o un fitness tracker.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></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"> <li>• Exámenes auditivos de rutina</li> <li>• Audífonos, incluidas evaluaciones de ajuste, reparaciones y sustituciones de audífonos</li> <li>• Exámenes y evaluaciones de audiología</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> </ul> <p><i>Se necesita autorización previa para los aparatos de corrección auditiva o reemplazo de instrumentos antes de que cumplan 5 años de antigüedad. No se necesita Autorización previa para los exámenes de audición.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> <b>Pruebas de detección del VIH</b></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"> <li>• Un examen cada 12 meses</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que califiquen para la prueba de detección preventiva de VIH cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Comidas a domicilio</b></p> <p>Incluye comidas bien equilibradas (de acuerdo con la definición de normas de nutrición y las necesidades nutricionales del cliente según el Departamento de Asuntos de Adultos Mayores) entregadas a miembros que no pueden prepararse comidas nutritivas o que no pueden asistir a comedores. Esto incluiría los pacientes que recibieron el alta del hospital con determinadas enfermedades o que recientemente hayan sido diagnosticados con determinadas enfermedades (como diabetes o insuficiencia cardíaca congestiva) por un breve período de tiempo (no más de 2 semanas) para ayudarlos a hacer la transición a un estilo de vida más saludable.</p>	<p>Copago de \$0 MassHealth (Medicaid) proporciona cobertura.</p>
<p><b>Atención de una agencia de salud en el hogar</b></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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y servicios de asistencia de salud en el hogar (para tener cobertura conforme al beneficio de atención en el hogar, sus cuidados especializados de enfermería y servicios de asistencia de salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas diarias y 35 horas a la semana)</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• Servicios médicos y sociales</li> <li>• Equipo y suministros médicos             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros servicios médicos cuando el plan determine que el mejor lugar para que se brinden dichos servicios es el hogar</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Se necesita autorización previa para los Servicios de atención médica en el hogar.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios de asistencia de salud en el hogar</b></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 próstéticos 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><i>Se necesita Autorización previa para los Servicios de asistencia de salud en el hogar.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Terapia de infusión en el hogar</b></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"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención</li> <li>• La formación y la educación de los pacientes no están cubiertas de otra manera bajo el beneficio de equipos médicos duraderos</li> <li>• Monitoreo remoto</li> <li>• 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</li> </ul> <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de terapia de infusión en el hogar.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Servicios del hogar</b></p> <p>Incluye ayuda con las compras, planificación del menú, preparación de comidas, lavandería y tareas livianas del hogar.</p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Atención en un centro de cuidados paliativos</b></p> <p>Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. 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. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o de fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor</li> <li>• Atención de relevo a corto plazo</li> <li>• Atención en el hogar</li> </ul> <p><b>Nota:</b> 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><i>Se necesita autorización previa para recibir determinados servicios de cuidados paliativos.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare de la Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía</li> <li>• 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</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o medio de contraer hepatitis B</li> <li>• Otras vacunas si usted está en riesgo y cumple los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p>



**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b></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"><li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)</li><li>• Comidas que incluyen dietas especiales</li><li>• Servicios regulares de enfermería</li><li>• Los costos de unidades de cuidados especiales (como la unidad de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios)</li><li>• Medicamentos y fármacos</li><li>• Pruebas de laboratorio</li><li>• Radiografías y otros servicios de radiología</li><li>• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios</li><li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas</li><li>• Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación</li><li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje</li></ul>	<p>Copago de \$0</p>



**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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 necesita un trasplante, dispondremos que su caso sea evaluado por un centro de trasplantes aprobado por el plan, que decidirá si usted reúne las condiciones para recibir el trasplante. Los proveedores de trasplantes puede ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera de la ubicación de atención de la comunidad, puede elegir quedarse en el medio local siempre y cuando los proveedores locales de trasplante acepten la tarifa del plan. Si <i>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i> 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.</li><li>• 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.</li><li>• Servicios médicos</li></ul> <p><b>Nota:</b> 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.</p> <p><i>Se necesita autorización previa para la atención hospitalaria para pacientes internados.</i></p>	
<p><b>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren una estadía en el hospital. <i>Se requiere autorización previa para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados.</i></p>	Copago de \$0


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estancia hospitalaria no cubierta</b></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"> <li>• Servicios médicos</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)</li> <li>• Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico</li> <li>• Apósitos quirúrgicos</li> <li>• férulas, yesos y otros aparatos utilizados para la reducción de fracturas y dislocaciones</li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> <li>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</li> </ul>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Atención institucional a largo plazo en asilo (cuidado supervisado)</b></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, moverse 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><i>Se necesita autorización previa para la Atención institucional a largo plazo en asilo.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios de lavandería</b> Servicios de limpieza que ofrece una empresa de lavandería.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> <b>Terapia de nutrición médica</b> 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. Cubrimos hasta 3 horas de servicios de consejería en persona durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a nuestro plan, y 2 horas cada año en adelante. 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. <i>Se necesita autorización previa para la terapia de nutrición médica.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica.</p>
<p><b>Suministros médicos</b> Incluye la cobertura de suministros como los suministros para la incontinencia y suplementos nutricionales. <i>Se necesita autorización previa para determinados suministros médicos.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> <b>Programa de Prevención de la Diabetes (MDPP)</b> Los servicios de MDPP estarán cubiertos para miembros elegibles bajo nuestro plan de salud. 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 coseguro, copago o deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p><b>Evaluación nutricional</b> Evaluación integral llevada a cabo por un nutricionista calificado con un plan nutricional desarrollado con base en la evaluación.</p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> <b>Pruebas de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</b></p> <p>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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen y la terapia preventiva de la obesidad.</p>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides</b></p> <p>Los servicios de tratamiento para el trastorno por uso de opioides tienen cobertura a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos agonistas y antagonistas aprobados por la FDA para el tratamiento del uso de opioides y el suministro y administración de dichos medicamentos, si corresponde.</li> <li>• Asesoría para el uso de sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal</li> <li>• Prueba de toxicología</li> </ul>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios terapéuticos y suministros</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> <li>• Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios del técnico</li> <li>• Suministros quirúrgicos, como apósitos</li> <li>• férulas, yesos y otros aparatos utilizados para la reducción de fracturas y dislocaciones</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• 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.</li> <li>• Otros exámenes de diagnóstico ambulatorios</li> </ul> <p><i>Puede ser necesaria la autorización previa para algunos servicios.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</b></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, 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><b>Nota:</b> 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>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria.</li> <li>• Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital.</li> <li>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de no brindarse, necesitará tratamiento como paciente internado</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos, como férulas y yesos</li> <li>• Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede aplicarse a sí mismo</li> </ul> <p><b>Nota:</b> 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>Copago de \$0</p>
<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental 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 mental calificado autorizado por el estado, según lo permita la ley estatal aplicable. <i>Se requiere autorización previa para atención de salud mental para pacientes ambulatorios después de las primeras 15 visitas.</i> Usted debe acudir a un proveedor de Beacon Health Strategies (Beacon). Para coordinar, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-833-8125, TTY/TDD: 711.</p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatorios 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>Los servicios proporcionados son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de fisioterapia: evaluación, tratamiento y restauración al mejor funcionamiento posible o normal de los sistemas neuromuscular, musculoesquelético, cardiovascular y respiratorio.</li><li>• Servicios de terapia ocupacional: evaluación y tratamiento de las funciones físicas afectadas de un miembro en su propio entorno.</li><li>• Servicios del habla y la audición: evaluación y tratamiento del habla, lenguaje, voz, audición, fluidez y trastornos de deglución.</li></ul> <p><i>Se necesita autorización previa para los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios. No se necesita autorización previa para la evaluación inicial de cada terapia.</i></p>	Copago de \$0
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros para pacientes ambulatorios del hospital y centros de cirugía ambulatoria</b></p> <p><b>Nota:</b> 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 para pacientes ambulatorios. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un “paciente ambulatorio”.</p> <p><i>Se puede necesitar autorización previa para determinados servicios de cirugía ambulatoria.</i></p>	Copago de \$0



**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></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 \$50 por mes (los montos no utilizados 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 &amp; Produce. La cantidad máxima combinada que recibirá por año calendario no excederá de \$600 por año calendario.</p>	<p>\$50 (combinados entre OTC y Food &amp; Produce) por mes</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></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 mental 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 Beacon Health Strategies (Beacon). Para coordinar, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-833-8125, TTY/TDD: 711.</p> <p><i>Se necesita autorización previa para los servicios de hospitalización parcial.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Asistente de cuidado personal</b></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 asearse, 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><i>Se necesita autorización previa para el programa de Asistente de cuidado personal.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

---

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios de atención personal</b></p> <p>Incluye bañarse, vestirse, asearse, cuidado de los pies, ayuda con las dentaduras, para afeitarse, ayuda con la bacinilla, comer, moverse y trasladarse.</p> <p><i>Se necesita autorización previa para los Servicios de atención personal.</i></p>	Copago de \$0
<p><b>Sistemas de respuesta a emergencias personales (PERS)</b></p> <p>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>	Copago de \$0

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios del médico/profesional de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista.</li> <li>• 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</li> <li>• Ciertos servicios adicionales de telesalud, incluyendo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de rehabilitación cardíaca</li> <li>○ Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva</li> <li>○ Servicios de rehabilitación pulmonar</li> <li>○ SET para servicios PAD</li> <li>○ Servicios necesarios de urgencia</li> <li>○ Servicios del médico de atención primaria</li> <li>○ Servicios quiroprácticos</li> <li>○ Servicios de terapia ocupacional</li> <li>○ Servicios de médico especialista</li> <li>○ Sesiones individuales para Servicios de especialidades de salud mental</li> <li>○ Sesiones grupales para Servicios de especialidades de salud mental</li> <li>○ Servicios de podología</li> <li>○ Otro profesional de la salud</li> <li>○ Sesiones individuales para servicios psiquiátricos</li> <li>○ Sesiones grupales para servicios psiquiátricos</li> <li>○ Servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje</li> <li>○ Servicios del programa de tratamiento para el uso de opioides</li> <li>○ Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> <li>○ Sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> <li>○ Sesiones grupales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> <li>○ Servicios de educación sobre enfermedades renales</li> <li>○ Capacitación para el automanejo de la diabetes</li> </ul> </li> </ul>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**


---

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Otros servicios preventivos</li><li>▪ Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de red que ofrezca el servicio por telesalud.</li><li>▪ Estos servicios se pueden obtener electrónicamente a través de audio y video en tiempo real o por teléfono.</li><li>▪ 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</li></ul>	


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios del médico/profesional de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-in virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5-10 minutos <b>si</b>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ El check-in no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>○ El check-in no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más pronto disponible</li> </ul> </li> <li>• 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 <b>si</b>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más pronto disponible</li> </ul> </li> <li>• Consulta de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico <b>si</b> usted no es un paciente nuevo</li> <li>• La segunda opinión de otro proveedor de la red está cubierta.</li> <li>• 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).</li> </ul> <p><i>Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios prestados por su PCP u otro médico.</i></p>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo).</li> <li>• Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas de las extremidades inferiores</li> </ul> <p><i>Es posible que se necesite una autorización previa bajo el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Copago de \$0</p>


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> <b>Examen de detección de cáncer de próstata</b></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"> <li>• Examen rectal digital</li> <li>• Prueba de antígeno prostático específico (PSA)</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba anual de PSA.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></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><i>Puede ser necesaria la autorización previa para determinadas prótesis.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></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><i>Se necesita autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**


Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Atención de relevo</b></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 sustitutos 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><i>Se necesita autorización previa para los Servicios de atención de relevo.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> <b>Detección y asesoría para la reducción del consumo indebido de alcohol</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección del abuso del alcohol en adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no sufren dependencia del alcohol.</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 coseguro, copago, o deducible para la detección y asesoramiento para el beneficio preventivo para reducir el abuso de alcohol.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>Para personas que califiquen, una LDCT está cubierta cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles son:</b> personas de entre 55 y 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero con un historial de fumadores de tabaco de al menos 30 años 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 para dichas consultas y que se haya proporcionado por un médico o practicante no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego de la detección inicial con LDCT:</i> 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 para dichas consultas.</p> <p><i>Es posible que se necesite una autorización previa para la prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT).</i></p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta o para la LDCT.</p>



**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> <b>Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría para prevenir las ITS</b></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. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses.</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 coseguro, copago o deducible para los exámenes de detección de ITS cubiertas y el asesoramiento para beneficios preventivos de ITS.</p>


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Servicios para tratar la enfermedad renal</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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).</li><li>• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es ingresado como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial)</li><li>• Capacitación de autodiálisis, que incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar</li><li>• Suministros y equipo de diálisis en el hogar</li><li>• 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)</li></ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo su beneficio de medicamentos.</p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF)</b>                      (Busque en el Capítulo 11 de este manual la definición de “centro de enfermería especializada”. Los centros de enfermería especializada a menudo se conocen como “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería especializada</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>• 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)</li> <li>• 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.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos, generalmente proporcionados por el SNF</li> <li>• Pruebas de laboratorio, generalmente proporcionadas por el SNF</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología, generalmente proporcionados por el SNF</li> <li>• Uso de aparatos como sillas de ruedas generalmente proporcionados por el SNF</li> <li>• Servicios de médicos/profesionales</li> </ul> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• Un SNF donde su cónyuge está viviendo en el momento en que usted abandona el hospital.</li> </ul> <p><i>Se requiere autorización previa para la atención en un Centro de enfermería especializada.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> <b>Dejar de fumar y de usar tabaco (orientación para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></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>El plan proporciona cobertura para medicamentos de reemplazo de nicotina, incluyendo parches de nicotina, goma de mascar, pastillas y ciertos otros medicamentos si su médico los receta. Se necesita receta médica para los medicamentos de reemplazo de nicotina.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos cubiertos para dejar de fumar y de consumir tabaco.</p>
<p><b>Servicios de atención social diurna</b></p> <p>Programas individualizados de actividad social para miembros que necesitan supervisión diurna en lugares fuera del hogar.</p> <p><i>Se necesita autorización previa para los Servicios de atención social diurna.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos</b></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 &amp; Produce. Este beneficio se combina con el beneficio suplementario para medicamentos, dispositivos y servicios de venta libre. Le proporcionaremos una tarjeta, valorada en \$50 por mes (los montos no utilizados 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 &amp; Produce. La cantidad máxima combinada que recibirá por año calendario no excederá de \$600 por año calendario.</p>	<p>\$50 (combinados entre OTC y Food &amp; Produce) por mes</p>
<p><b>Servicios por consumo de sustancias</b></p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de uso de sustancias para pacientes ambulatorios</li> <li>Consultas de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios.</li> </ul> <p><b>Tratamiento del trastorno por uso de sustancias para pacientes hospitalizados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos utilizados para tratar la dependencia de opioides</li> <li>Servicios de apoyo clínico</li> <li>Programa estructurado de adicción para pacientes ambulatorios</li> <li>Otros servicios requeridos por la ley o la regulación.</li> </ul> <p><i>No se necesita autorización previa para los servicios por abuso de sustancias (Servicios para trastornos por abuso de sustancias). Usted debe acudir a un proveedor de Beacon Health Strategies (Beacon). Para coordinar, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-833-8125, TTY/TDD: 711.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>


**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</b></p> <p>El SET está cubierto para los miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una derivación 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"> <li>• Consistir en sesiones de 30-60 minutos, comprender un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para PAD en pacientes con claudicación</li> <li>• Ser realizado en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico</li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> </ul> <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</p>
<p><b>Transporte (que no es de emergencia a citas médicas)</b></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>El miembro debe llamar al número de Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para coordinar el transporte.</p>	<p>Copago de \$0</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**


Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p><b>Transporte: social (no de emergencia, no médico)</b></p> <p>El transporte a servicios sociales no médicos está cubierto. Se le permite realizar 2 viajes sociales al mes, con un límite de 10 millas por trayecto o 20 millas de ida y vuelta. Si solo necesita un viaje de ida, eso cuenta como un viaje.</p> <p>El miembro debe llamar al número de Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para coordinar el transporte.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para más de 2 viajes sociales al mes. Su administrador de atención tendrá que aprobar y agregar su plan de atención individual.</i></p>	Copago de \$0
<p><b>Servicios necesarios de urgencia</b></p> <p>El servicio de urgencia es la atención que se proporciona para tratar una enfermedad o lesión que no es de emergencia o es imprevista, o una afección que exige atención médica de inmediato. Los servicios necesarios de urgencia pueden prestarlos proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente.</p> <p>Los costos compartidos por servicios necesarios de urgencia proporcionados fuera de la red son los mismos que por dichos servicios proporcionados 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>	Copago de \$0

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> <b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Un examen ocular de rutina anual, así como un par de anteojos o lentes de contacto (pueden aplicarse limitaciones).</li><li>• 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</li><li>• Para personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año</li><li>• 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).</li></ul> <p>Además, usted también recibe servicios de la vista complementarios. Nuestro plan paga hasta \$300 por año calendario por anteojos como los que se describen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lentes de contacto</li><li>• Anteojos (armazones y lentes)</li><li>• Armazones para anteojos</li><li>• Lentes para anteojos (incluidas actualizaciones)</li></ul> <p>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 al Miembro (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).</p>	<p>Copago de \$0</p>



## Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> <b>Atención de la vista (continuación)</b></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). Para obtener ayuda para el proceso de reembolso o si no puede pagar en el momento en que recibe estos servicios, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).</p>	

## SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

### Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan

Esta sección le indica qué servicios están "excluidos". "Excluido" significa que el plan no cubre estos servicios.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en el Cuadro de beneficios o en otra parte de este documento, los siguientes servicios no están cubiertos por el plan:

- Servicios no considerados razonables y necesarios, a menos que estos servicios estén indicados por nuestro plan como servicios cubiertos.
- Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos, a menos que estén cubiertos por MassHealth o conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por el MassHealth o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos, Sección 3.5, para obtener más información sobre estudios de investigación clínica). Procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que se determinen como generalmente no aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea considerado una necesidad médica y está cubierto por MassHealth (Medicaid).
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando se considere una necesidad médica.
- Atención privada de enfermería, excepto que esté cubierto por su beneficio de MassHealth Standard (Medicaid) como atención de enfermería continua.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)**

---

- Artículos personales, como un teléfono o un televisor, en su habitación del hospital o el centro de enfermería especializada.
- Aranceles cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su familia, excepto lo permitido bajo su beneficio de MassHealth Standard (Medicaid) como un asistente de cuidado personal.
- Procedimientos o servicios electivos o voluntarios de mejora (lo que incluye pérdida de peso, crecimiento de cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, propósitos cosméticos, contra el envejecimiento y rendimiento mental) a menos que sean médicamente necesarios.
- Cirugía o procedimientos cosméticos, a menos que sean debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con malformaciones. 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
- Reversión de procedimientos de esterilización.
- Servicios de naturopatía (utilizan tratamientos naturales o alternativos).
- Los servicios prestados a los veteranos en las instalaciones del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).
- El plan no cubrirá los servicios excluidos descritos anteriormente. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, los servicios excluidos no están cubiertos.

# CAPÍTULO 5

*Utilizar la cobertura del plan para sus  
medicamentos recetados*

## Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>93</b>
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos con receta.....	93
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos del plan .....	93
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan .....</b>	<b>94</b>
Sección 2.1	Para que su receta médica esté cubierta, debe usar una farmacia de la red.....	94
Sección 2.2	Buscar farmacias de la red .....	94
Sección 2.3	Utilizar los servicios de pedidos por correo del plan.....	95
Sección 2.4	¿Cómo puedo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos? .....	96
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no sea de la red del plan? .....	96
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan .....</b>	<b>97</b>
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica los medicamentos que están cubiertos .....	97
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? .....	98
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hay restricciones de cobertura en algunos medicamentos.....</b>	<b>98</b>
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? .....	98
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones? .....	99
Sección 4.3	¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos? .....	100
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía que lo esté? .....</b>	<b>100</b>
Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía .....	100
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene alguna restricción?.....	101
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?.....</b>	<b>103</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año .....	103
Sección 6.2	¿Qué pasa si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando? .....	104

<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué tipo de medicamentos <i>no</i> tienen cobertura del plan? .....106</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos ..... 106
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando adquiera un medicamento recetado .....107</b>
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de identificación ..... 107
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de identificación con usted? ..... 107
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cobertura de medicamentos con receta en situaciones especiales.107</b>
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? ..... 107
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?107
Sección 9.3	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o grupo de retiro colectivo? ..... 108
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos....109</b>
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura ..... 109
Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura los medicamentos opioides ..... 109
Sección 10.3	Programa de administración de farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos..... 110

---

## SECCIÓN 1 Introducción

---

Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos con receta
-------------	--

Este capítulo explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos con receta.

Además de su cobertura por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan.

- El plan, por lo general, cubre medicamentos que se suministran durante las estadias cubiertas en un hospital o centro de enfermería especializada. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos*, qué está cubierto y qué paga usted) indica los beneficios y los costos de medicamentos durante una estadia cubierta en el hospital o en un centro de enfermería especializada.
- El plan brinda beneficios por determinados medicamentos de quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y los medicamentos que recibe en un centro de diálisis.
- Puede encontrar los medicamentos con receta cubiertos en la *Lista de medicamentos de BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*.

Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos del plan
-------------	---

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

- Debe hacer que un proveedor (un médico u otro profesional que recete) extienda su receta.
- En general debe usar una farmacia de la red para obtener su medicamento recetado. (Consulte la Sección 2, *“Adquirir 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      Adquirir sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan**

---

<b>Sección 2.1      Para que su receta médica esté cubierta, debe usar una farmacia de la red</b>
---

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se presentan en una de las farmacias de nuestra red de servicios. (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 con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

<b>Sección 2.2      Buscar farmacias de la red</b>
--

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

Para buscar farmacias de la red, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web ([www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org)) o llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y debe reponer un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un médico le haga una nueva receta médica por escrito o que esta sea transferida a su nueva farmacia de la red.

### **¿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 buscar otras farmacias de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o recurrir al *Directorio de proveedores y farmacias*. Usted también puede encontrar información en nuestro sitio web [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org).

### **¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?**

En ocasiones, los 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 (LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. 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, que por lo general es la farmacia que utiliza el centro LTC. Si tiene cualquier dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, por favor 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: esta situación no debería producirse con frecuencia).

Para localizar farmacias especializadas, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

### Sección 2.3 Utilizar los servicios de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar servicios 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. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están señalados como “**mail-order**” (pedidos por correo) en nuestra Lista de medicamentos.

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

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

Por lo general, recibirá la orden de la farmacia de pedidos por correo 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 al Miembro (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. Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, detener o retrasar la orden antes de que se le cobre y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, a fin de informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.



**Reposiciones de recetas médicas por correo.** Para reposiciones, comuníquese con su farmacia 14 días antes de cuando piense que se le acabarán los medicamentos que tiene, para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor forma de comunicarse con usted. Comuníquese con nuestra farmacia de pedidos por correo, Cornerstone Health Solutions (Cornerstone) al 1-844-319-7588.

#### 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 toma de manera regular, para una afección médica crónica o a largo plazo). Puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acercarse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información puede llamar a Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran impresos en la contraportada de este manual).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo están señalados como “**medicamentos de pedidos por correo**” en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo.

#### Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no sea de 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. Si no puede utilizar una farmacia de la red de servicios, estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas médicas adquiridas 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.

En estas situaciones, **verifique primero con Servicios al Miembro** para saber si hay una farmacia de la red de servicios cerca. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual). Es posible 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.

### ¿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 6 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 que están cubiertos
--

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 debe cumplir los requisitos que establece MassHealth (Medicaid). MassHealth (Medicaid) ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por MassHealth (Medicaid) (la Sección 1.1 anterior de este capítulo explica los medicamentos). La lista de medicamentos cubiertos por MassHealth (Medicaid) está disponible en nuestro sitio web ([www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org)) o llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono aparecen 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 Drogas y Alimentos (FDA). (Es decir que la FDA ha aprobado el medicamento 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.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona igual que el medicamento de marca y, a menudo,

cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

### **Medicamentos de venta libre**

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta médica y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

### **¿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 Medicaid 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 nuestra Lista de medicamentos.

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

Tiene dos maneras de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan ([www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org)). La Lista de medicamentos que se encuentra en el sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llame a Servicios al Miembro para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

---

## **SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura en algunos medicamentos**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?</b>
--------------------	--

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 ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en las formas más eficaces. Esas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras normas lo estimulan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Cuando 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. También debemos cumplir con las reglas y reglamentos Medicaid sobre la cobertura de medicamentos y costo compartido.

**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.** 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 la Sección 7.2 del Capítulo 8 para obtener información sobre cómo solicitar las excepciones).

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto es porque diferentes restricciones o gastos compartidos pueden corresponder en base a factores como la potencia, la cantidad o la forma de administración de los medicamentos recetados por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg; uno por día comparado con dos por día; comprimido comparado con líquido).

<b>Sección 4.2</b>	<b>¿Qué tipo de restricciones?</b>
--------------------	------------------------------------

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más efectiva. Las siguientes secciones proporcionan más información sobre los tipos de restricciones que aplicamos para determinados medicamentos.

### **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.** Generalmente, no cubrimos un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor 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.

### **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**”. Algunas veces el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a orientar el uso adecuado de determinados 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 igualmente 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

En determinados medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener mediante la limitación de la cantidad de medicamentos que puede obtener cada vez que adquiere su medicamento recetado. 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.

<b>Sección 4.3</b>	<b>¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?</b>
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Consulte la Lista de medicamentos para saber si se aplica alguna de estas restricciones a un medicamento que usted toma o desea tomar. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o consulte nuestro sitio web ([www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org)).

**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.** Si el medicamento que desea tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con Servicios al Miembro 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 la Sección 7.2 del Capítulo 8 para obtener información sobre cómo solicitar las excepciones).

---

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

---

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que toma actualmente, o un medicamento que su recetador 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, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podrá solicitar a usted que pruebe un medicamento diferente primero para ver si es eficaz, antes de que el medicamento que usted desea tomar sea cubierto. O podría haber límites en la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un período de tiempo particular. En algunos casos, es posible que desee que eliminemos la restricción.

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.

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

Si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o está restringido, a continuación encontrará algunas medidas que puede tomar:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiarse a otro medicamento o presentar una solicitud para que su medicamento sea cubierto.
- Puede cambiarse 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**

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle el suministro temporal de un medicamento cuando no forma parte de la Lista de medicamentos o está restringido de algún modo. Hacer esto le da el tiempo para hablar con su médico sobre el cambio de cobertura y saber qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, usted debe cumplir los dos requisitos que se indican a continuación:

#### **1. El cambio de su cobertura de medicamentos debe ser de uno de los siguientes tipos de cambios:**

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**

- -- o -- el medicamento que usted toma **ahora está restringido de alguna forma** (la Sección 4 de este capítulo informa sobre las restricciones).

## 2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **En el caso de aquellos miembros que sean nuevos o hayan estado en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación al plan si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si pertenecía al plan el año pasado**. 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 (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubrimos un suministro por 31 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:**

Cubrimos un suministro por 30 días (paciente ambulatorio) o un suministro por 31 días (atención a largo plazo) de un medicamento en particular o menos si su receta es por menos días.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Durante el tiempo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual. En las secciones a continuación, se le brinda más información acerca de estas opciones.

### **Puede cambiarse a otro medicamento**

Comience por hablar con su proveedor. Quizás haya otro medicamento cubierto por el plan que podría ser igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor



a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

### **Puede solicitar una excepción**

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan le 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 a la regla. 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.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 le dice 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?**

---

<b>Sección 6.1      La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año</b>
---

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.** Están a disposición nuevos medicamentos, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno haya aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento es retirado del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O bien podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha determinado que no es efectivo.
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos seguir los requisitos de MassHealth (Medicaid) antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.



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 durante el año, publicaremos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea en forma programada periódicamente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, detallamos los momentos en los que recibiría un aviso directo si se realizan cambios a un medicamento que esté tomando. Para obtener más información puede llamar a Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran impresos en la contraportada de este manual).

### ¿Afectan inmediatamente los cambios a su cobertura de medicamentos?

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos siguientes, se verá afectado por los cambios a la cobertura durante el año en curso:

- **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 que estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, 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.
  - Es posible que no le informemos con anticipación cuando hagamos el cambio, aunque esté tomando actualmente el medicamento de marca.
  - Usted o quien prescribe la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo su medicamento de marca. Si desea información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
  - Si está tomando el medicamento de marca al momento en que realicemos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho. 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.
- **Se retiran del mercado medicamentos no seguros y otros medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos**

- De vez en cuando, es posible que un medicamento se retire súbitamente del mercado porque se determinó que no es seguro o que se retire del mercado por cualquier otro motivo. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le informaremos sobre este cambio 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 o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o las dos cosas. Le enviaremos un aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o le enviaremos un aviso sobre el cambio y un suministro de un mes, una reposición de 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 bien usted o quien prescribe la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo su medicamento. Si desea información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

**Cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que están tomando el medicamento:** En el caso de los cambios a la Lista de medicamentos que no se detallan arriba, si está tomando el medicamento los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si establecemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si sucede alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando (pero no por la retirada 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. No recibirá avisos directos este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante consultar la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hubo algún cambio en los medicamentos.

---

## 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 el plan ni Medicaid pagan por estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos enumerados en esta sección. La única excepción: si después de una apelación se comprueba que el medicamento solicitado es un medicamento no excluido y deberíamos haberlo cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos para no cubrir un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 8 de este manual).

Aquí hay tres reglas generales acerca de los medicamentos que no cubrimos:

- Nuestro plan no puede cubrir medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos y 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.
  - Por lo general, 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. Si el uso no está respaldado por alguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su “uso no indicado en la etiqueta”.
- Además, por ley, las categorías de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertas. Los medicamentos que se usan para fomentar la fertilidad
- Los medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento capilar
- Los 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

---

## **SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de identificación del plan cuando adquiera un medicamento recetado**

---

### **Sección 8.1 Muestre su tarjeta de identificación**

Para adquirir su medicamento recetado, muestre su tarjeta de identificación del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando presente su tarjeta de identificación del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan sus medicamentos recetados cubiertos.

### **Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de identificación con usted?**

Si no tiene con usted su tarjeta de identificación del plan cuando recibe su medicamento recetado, pida a algún empleado de la farmacia que llame 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.** Para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6).

---

## **SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos con receta 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 los medicamentos siempre que estos cumplan con todas las reglas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que hablan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

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

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

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o necesita más información, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

### ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y pasa a ser un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o tiene algunas restricciones, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El suministro total será por una provisión máxima de un mes, un suministro de 31 días, o menos si su receta médica indica menos días. (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). Si ha sido asegurado del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no forma parte de nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción de cobertura del medicamento, nosotros cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta médica indica menos días.

Durante el tiempo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Quizás haya otro medicamento cubierto por el plan que podría ser igual de efectivo para usted. Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma en que usted desearía que lo cubra. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 informa qué hacer.

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

¿Tiene usted actualmente otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge)? Si es así, comuníquese con el **administrador de beneficios del grupo**. Él o ella pueden ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura colectiva del empleador o grupo de retiro. 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” y las opciones que usted tiene en cuanto a la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de MassHealth (Medicaid).

**Guarde los avisos de la cobertura acreditable**, porque puede necesitarlos en el futuro. Es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido cobertura acreditable. Si no recibió un

aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de retiro, puede obtener una copia a través del administrador de beneficios del plan del empleador o grupo de retiro, o del empleador o sindicato.

---

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

---

<b>Sección 10.1      Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura</b>
---

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para nuestros miembros, a fin de ayudar a garantizar que reciban la atención adecuada y segura. Estas revisiones son especialmente importantes en caso de que los miembros tengan a más de un proveedor que les recete sus medicamentos.

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

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

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

Contamos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros utilicen sus medicamentos opioides recetados, y otros medicamentos de los cuales se suele hacer un mal uso, de forma segura. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, 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. Estas 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.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepina que le cubriremos.

Si consideremos que se le debería aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una nota con anticipación. Esta carta incluirá información que le explicará las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse a usted. También 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 de que usted está en riesgo de hacer un uso inadecuado de los medicamentos recetados o con la limitación, usted y quien prescribe la receta tienen derecho a solicitarnos una apelación. 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.

El DMP puede no aplicarse a usted si tiene determinadas enfermedades, como cáncer, está recibiendo atención de hospicio, cuidados paliativos o para pacientes terminales, o vive en un establecimiento de atención a largo plazo.

<b>Sección 10.3</b>	<b>Programa de administración de farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos</b>
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron este programa para nosotros. Este programa puede ayudar a asegurar que nuestros miembros reciban el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de administración de farmacoterapia (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas 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. Usted puede hablar acerca de la mejor forma de tomar sus medicamentos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de su receta médica y medicamentos de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para mejorar



el uso de sus medicamentos, con espacio para que usted tome notas o escriba preguntas de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es muy recomendable programar su revisión de medicamentos antes de su visita de “bienestar” anual, para que pueda hablar con su médico acerca de su lista de medicamentos y el plan de acción. Traiga su plan de acción y lista de medicamentos 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 (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 acerca de estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).



# 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**

---

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones en que debe solicitar que paguemos por los servicios o medicamentos cubiertos.....</b>	<b>114</b>
Sección 1.1	Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o recibe una factura, puede pedirnos el pago.....	114
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo solicitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted haya recibido .....</b>	<b>116</b>
Sección 2.1	Cómo y dónde enviar su solicitud de pago .....	116
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Analizaremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente.....</b>	<b>117</b>
Sección 3.1	Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento.....	117
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la atención médica ni el medicamento, puede presentar una apelación.....	117

## 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

#### Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o recibe una factura, puede pedirnos el pago

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.

**Si ya ha pagado por un servicio o artículo cubierto por el plan, puede pedir a nuestro plan que se lo reembolse** (a menudo se le llama “reembolsarle”). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. 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.

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

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de si el proveedor forma parte de nuestra red o no. Cuando usted recibe atención de emergencia o urgencia de un proveedor que no pertenezca a nuestra red, usted debe pedirle al proveedor que le cobre al plan.

- Si paga usted mismo todo el monto en el momento en que recibe la atención, debe solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura, junto con los documentos de cualquier pago que haya realizado.
- A veces recibirá 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.

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

---

### **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. (Retroactiva 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 para que tramitemos el reembolso. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

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

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de identificación para adquirir un medicamento recetado, es posible que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando suceda eso, tendrá que pagar el costo total de su receta médica. (Cubrimos los medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso.

### **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.

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

---

- 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.

Consulte la Sección 2.1 (*Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago*) para obtener instrucciones sobre cómo presentar un reclamo en papel. 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 manual (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) tiene información sobre cómo presentar una apelación.

---

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

---

Sección 2.1      Cómo y dónde enviar su solicitud de pago
---

Envíenos la solicitud de pago junto con la factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Le sugerimos que haga una copia de la factura y de los recibos para sus registros.

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 ([www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org)) o llamar a Servicios al Miembro y solicitar el formulario. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).

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

Para servicios médicos:

*BMC HealthNet Plan Senior Care Options (HMO D-SNP)*

A/A: Member Services

529 Main Street Suite 500

Charlestown, MA 02129

Fax: 1-617-897-0884

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

---

Para recetas:

Express Scripts  
ATTN: Medicare Part D  
P.O. Box 14718  
Lexington, Kentucky 40512-4718  
Fax: 1-608-741-5483

**Usted debe enviar su reclamo dentro de un plazo de un (1) año** de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual). Si recibe facturas y no sabe qué hacer acerca de esas facturas, le podemos ayudar. También puede llamar si desea proporcionarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

---

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

---

<b>Sección 3.1      Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento</b>
---

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 para obtener la atención o el medicamento, 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. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que se deben cumplir para obtener la cobertura de sus medicamentos con receta).
- 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. En cambio, le enviaremos una carta que explicará los motivos por los cuales no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos a apelar dicha decisión.

<b>Sección 3.2      Si le informamos que no pagaremos la atención médica ni el medicamento, puede presentar una apelación</b>
---

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o usted no está de acuerdo con el monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que

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

---

nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esa apelación, consulte el Capítulo 8 de este manual (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca presentó una apelación, le resultará útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 8. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos como “apelación”. Luego después de leer la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 8 que le indicará qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 8.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 8.

# CAPÍTULO 7

## *Sus derechos y responsabilidades*



**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan ...</b>	<b>121</b>
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de manera que la entienda (en idiomas distintos al inglés, en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)	121
Sección 1.2	Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos	121
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal	122
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	123
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	124
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar reclamos y a pedir que reconsideremos las decisiones que tomamos	126
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?	127
Sección 1.8	Cómo obtener información adicional sobre sus derechos	127
Sección 1.9	Paridad en la salud mental	127
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan</b>	<b>128</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	128

---

## **SECCIÓN 1      Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos proporcionarle información de manera que la entienda (en idiomas distintos al inglés, en Braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)</b>
--------------------	--

Para obtener información de una manera que usted la entienda, llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual).

Nuestro plan tiene servicios de intérprete disponibles para responder preguntas para miembros discapacitados y que no hablan inglés. 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 de una manera que usted la entienda, llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual).

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 directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este envío, o puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Miembro para obtener información adicional.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos</b>
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que le brinde y organice sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más al respecto). Llame a Servicios al Miembro para conocer qué médicos aceptan a pacientes nuevos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). No exigimos que usted obtenga una derivación para acudir a los proveedores de la red.

Como afiliado del plan, 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 cree que no recibe su atención médica o medicamentos con receta dentro un plazo razonable, la Sección 11 del Capítulo 8 de este folleto le informa lo que puede hacer. (*Si hemos denegado la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 8 de este folleto le indica lo que puede hacer.*)

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal</b>
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros 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 registros médicos y demás información médica y de salud.
- Gracias a las leyes que protegen su privacidad, usted 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.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos información sobre su salud a cualquier persona que no le brinde ni pague su atención, primero estamos obligados a obtener su permiso por escrito. El permiso escrito lo puede dar usted o alguna persona que tenga poder legal para tomar decisiones por usted.
- Hay determinadas excepciones en las que no necesitamos obtener primero su permiso escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
  - Por ejemplo, debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.

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

Tiene derecho a ver sus registros 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 corrijamos sus registros 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 al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Como miembro de *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le brindemos información en un formato que usted pueda entender. Esto incluye información en idiomas que no sea inglés, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual):

- **Información acerca de nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. También incluye información acerca de la cantidad de apelaciones realizadas por miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluido cómo ha sido calificado por los miembros del plan.
- **Información sobre los proveedores de la red, incluidas las farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, 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.
  - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o visitar nuestro sitio web en [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org).
- **Información sobre su cobertura y normas que debe cumplir cuando usa su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, le explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura, y las normas que debe cumplir para recibir sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener detalles sobre la cobertura de sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este manual y la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan. Este capítulo, junto con la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario), le indica qué medicamentos están cubiertos y explica las normas que debe cumplir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

## Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

---

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento no están cubiertos, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitar una explicación escrita. Tiene derecho a recibir esta explicación incluso si obtuvo el servicio médico o medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
  - Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento recetado están cubiertos para usted, tiene derecho a solicitar que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión al presentar una apelación. Para obtener información detallada sobre qué debe hacer si algo no está cubierto de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 8 de este manual. Brinda información detallada sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 8 también le informa cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
  - Si desea solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por atención médica o un medicamento con receta, consulte el Capítulo 6 de este manual.

### 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 cuando acuda para recibir 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.** Eso significa que 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 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

## Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

---

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.

- **Recibir una explicación si se le niega cobertura para la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado atención que usted considera que debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 8 de este manual le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

**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.** Si desea tener una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, las organizaciones que brindan información sobre Medicaid pueden suministrarle los formularios de instrucción anticipada. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **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

## Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

---

si usted no puede hacerlo. Puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en el hogar.

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

- Si ingresa al hospital, le preguntarán si firmó una instrucción anticipada y si la lleva con usted.
- 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 1-800-462-5540 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.

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

Si tiene algún problema o inquietud sobre su atención o servicios médicos cubiertos, el Capítulo 8 de este manual indica lo que debe hacer. Brinda información detallada sobre cómo manejar todos los tipos de problemas y quejas. Lo que debe hacer para resolver un problema o una inquietud depende de la situación. Quizá necesite pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura en su nombre, nos presente una apelación para cambiar una decisión de cobertura, o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **debemos tratarlo de manera justa.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que han presentado anteriormente otros miembros en contra de nuestro plan. Para obtener esa información, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).



## 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 o país de origen, debe llamar a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 o, si usa TTY, al 1-800-537-7697, 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 **llamar a Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa de asistencia estatal sobre seguro médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

### Sección 1.8 Cómo obtener información adicional sobre sus derechos

- Puede **llamar a Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa de asistencia estatal sobre seguro médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

### Sección 1.9 Paridad en la salud mental

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención administradas, incluido *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*, 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. *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* debe proporcionar el mismo nivel de beneficios por cualquier problema de salud mental y abuso de sustancias (trastornos por abuso de sustancias) que pueda tener que los que tiene por otros problemas físicos que pueda tener;
2. *Senior Care Options (SCO)* de *BMC HealthNet Plan* debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento similares para los servicios de salud mental y abuso de sustancias (trastornos por abuso de sustancias) que los que tiene para servicios de salud física;



## Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

---

3. *A pedido suyo o de su proveedor, Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan debe informarle a usted o su proveedor los criterios de necesidad médica que utiliza Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan para la autorización previa en torno a su solicitud o la de su proveedor; y*
4. *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO) también deberá proporcionarle dentro de un marco de tiempo razonable la razón de cualquier negativa de autorización de servicios de salud mental o de abuso de sustancias (trastornos por abuso de sustancias).*

Si considera que *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* no ofrece la paridad de la manera explicada anteriormente, usted tiene derecho a presentar un reclamo ante *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*. 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

---

Sección 2.1      ¿Cuáles son sus responsabilidades?
---

A continuación se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este manual de Evidencia de cobertura para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles acerca de sus servicios médicos, que incluyen lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas a seguir y lo que usted paga.
  - El Capítulo 5 brinda información detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** Llame a Servicios al Miembro para comunicarnos esta situación (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
  - Debemos respetar las reglas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted esté utilizando toda su cobertura en combinación al obtener los servicios cubiertos de nuestro plan. Eso se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que recibe usted de nuestro plan con los demás beneficios médicos y de medicamentos que tenga disponibles. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).

## Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

---

- **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.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo asistan dándoles información, haciéndoles preguntas y continuando con su atención.**
  - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores a que le proporcionen la mejor atención, aprenda tanto como sea posible sobre sus problemas de salud y proporcione la información que necesitan sobre usted y su 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 duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deberían explicar las cosas de manera que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que se le proporciona, vuelva a preguntar.
- **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:
  - Si recibe cualquier servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que tenga, usted debe pagar el costo completo.
    - Si está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 8 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si se muda, es importante que nos informe inmediatamente. Llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
  - Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer como miembro de nuestro plan. (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Nosotros le informaremos si contamos con un plan en su nueva área.
  - 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.
- **Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y horarios de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual.

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

---

- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

# 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)**

---

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

<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>134</b>
<b>SECCIÓN 1      Introducción.....</b>	<b>134</b>
Sección 1.1      Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud .....	134
Sección 1.2      ¿Qué sucede con los términos legales?.....	134
<b>SECCIÓN 2      Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros .....</b>	<b>135</b>
Sección 2.1      Dónde obtener más información y asistencia personalizada .....	135
<b>SECCIÓN 3      ¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema? .....</b>	<b>136</b>
<b>SECCIÓN 4      Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....</b>	<b>136</b>
Sección 4.1      Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama completo .....	136
Sección 4.2      Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación .....	137
Sección 4.3      ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?.....	138
<b>SECCIÓN 5      Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....</b>	<b>138</b>
Sección 5.1      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.....	138
Sección 5.2      Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura de medicamentos recetados o atención médica que usted desea) .....	139
Sección 5.3      Paso a paso: Cómo presentar una apelación (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de un medicamento recetado o de atención médica tomada por nuestro plan).....	143
Sección 5.4      ¿Qué sucede si usted está solicitando el reembolso de una factura que recibió por medicamentos recetados o atención médica? .....	146

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

---

SECCIÓN 6	Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes .....147
Sección 6.1	¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de queja? ..... 148
Sección 6.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo” .150
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja ..... 151
SECCIÓN 7	Revisión independiente de decisiones del plan realizada por la Junta de audiencias de MassHealth.....152

## ANTECEDENTES

---

### 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 tipos de 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**.

Para garantizar un manejo justo y adecuado de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos cumplir.

¿Cuál usar? La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que deberá usar.

Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?
-------------	---------------------------------------

Existen términos técnicos 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 simplificar, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales mediante palabras más simples en lugar de determinados 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” o “determinación de cobertura” o “determinación de estar en riesgo”. También se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces muy importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en que se encuentra. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse más claramente y con exactitud cuando usted esté afrontando su problema y para obtener la ayuda o información adecuada 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 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros**

---

**Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

A veces, puede resultar confuso comenzar o dar seguimiento al proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o si tiene energía limitada. Otras veces, usted podría no contar con el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

**Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones le recomendamos obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Puede comunicarse siempre con su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado asesores en todos los estados. 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 en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

**Puede obtener ayuda e información de Medicaid**

Para obtener más información y ayuda para lidiar con un problema, también puede ponerse en contacto con MassHealth (Medicaid). A continuación, se detallan dos maneras de obtener información directamente de MassHealth (Medicaid):

- Puede llamar al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al: 1-800-497-4648.
- Puede visitar el sitio web de MassHealth (Medicaid) [www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth).



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

**SECCIÓN 3      ¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?**

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o preocupación, utilice este cuadro:

<b>¿Su problema o inquietud se relacionan con sus beneficios o con su cobertura?</b>	
Esto incluye problemas acerca de si una atención médica o medicamento recetado en particular están o no cubiertos, la manera en que están cubiertos, y los problemas relacionados con el pago por la atención médica o los medicamentos recetados.	
<b>Sí</b> Mi problema es sobre beneficios, cobertura o recibir un reembolso.	<b>No</b> Mi problema <b>no</b> está relacionado con los beneficios, la cobertura o recibir un reembolso.
Vaya a la próxima sección de este capítulo, la <b>Sección 4, “Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”</b> .	Avance a la <b>Sección 5, “Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes”</b> .

**SECCIÓN 4      Una guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**

**Sección 4.1      Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama completo**

El proceso de decisiones de cobertura y solicitudes de apelaciones se encarga de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta médica, 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.

**Cómo pedir decisiones de cobertura**

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. Su médico o usted también

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

---

pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos 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.

### Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando presenta una apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si hemos actuado conforme a todas las normas. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, son los encargados de manejar su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión.

<b>Sección 4.2</b>	<b>Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación</b>
--------------------	--

¿Desea obtener ayuda? Estos son algunos recursos que podría usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamar a Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- **Su médico puede realizar la solicitud en su nombre.**
  - Para la atención médica o medicamentos con receta, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación en su nombre.
- **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.
  - Puede que haya alguien que ya tenga autorización legal para actuar como su representante bajo la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otra persona autorizada para recetar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y solicite el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario está disponible en nuestro sitio web en [www.SeniorsGetMore.org/OurPlan/AppointingARepresentative](http://www.SeniorsGetMore.org/OurPlan/AppointingARepresentative).) El formulario le da a esa 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.

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

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** 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 4.3 ¿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 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 5.4** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitarnos un reembolso”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes”

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

## SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “conceptos básicos” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo ha hecho, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

### Sección 5.1 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 manual: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*. Para simplificar, en general, nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención o tratamiento o servicios médicos” todas las veces.

Esta sección le indica lo que usted puede hacer si se encuentra ante cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

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

1. Usted no obtiene cierta atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y usted considera que esa atención está cubierta por el plan.
3. Usted ha recibido atención médica o servicios que cree que deberían estar cubiertos por el plan, pero nosotros hemos dicho que no pagaremos dicha atención.
4. Usted recibió y pagó los servicios o la atención médica que considera que debe cubrir el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de esa atención.
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.

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
¿Desea saber si cubriremos la atención médica o los servicios que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la siguiente sección de este capítulo, <b>Sección 5.2</b> .
¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos la atención médica del modo que usted quisiera?	Puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto significa que puede solicitarnos que reconsideremos la decisión). Avance a la <b>Sección 5.3</b> de este capítulo.
¿Desea solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Avance a la <b>Sección 5.5</b> de este capítulo.

**Sección 5.2**

**Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura de medicamentos recetados o atención médica que usted desea)**

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

---

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se le llama “determinación de la organización”.

**Paso 1:** Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre los medicamentos recetados o la atención médica que solicita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” es una “decisión acelerada”.

### *Cómo solicitar cobertura para los medicamentos recetados o la atención médica que desea*

- Empiece por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o proporcionemos la cobertura para los medicamentos recetados o la atención médica que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados o su atención médica*.

### *Por lo general utilizamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión*

Para informarle la decisión, usaremos los plazos “estándares” a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico.

- **Sin embargo**, para una solicitud de un servicio o artículo médico **puede tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de fuera de la red) que puede beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas aquellas de respuesta rápida, consulte la Sección 6 de este capítulo).

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

---

*Si su salud lo requiere, solicite que le proporcionemos una “decisión de cobertura rápida”*

- 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.
  - Sin embargo, para una solicitud de un servicio o artículo médico **podemos tomarnos hasta 14 días calendario** más si consideramos que hace falta cierta información (como expedientes médicos de proveedores de fuera de la red) o si usted necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, le avisaremos por escrito.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas aquellas de respuesta rápida, consulte la Sección 6 de este capítulo). Nos pondremos en contacto con usted tan pronto como tomemos la decisión.
- Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita cobertura de medicamentos recetados o atención médica *que todavía no haya recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de medicamentos recetados o atención médica que ya recibió).
  - 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 demos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos de una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta de rechazo (y, en su lugar, usaremos las fechas límite estándares).
  - En esta carta se le informará que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente la emitiremos.
  - En la carta, también se le indicará cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 6 de este capítulo).

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

---

**Paso 2:** Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

### *Plazos para una decisión de cobertura “rápida”*

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de un servicio o artículo médico, le daremos nuestra respuesta en un **lapso de 72 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días extra para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. 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 6 de este capítulo).
  - Si no le proporcionamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o, se establece un plazo extendido, al final de ese período), usted tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 5.3 a continuación, se le indica cómo presentar una apelación.
- Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o brindar la cobertura del medicamento recetado o de la atención médica que hemos acordado dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en la que recibimos la solicitud. Si prolongamos el tiempo que necesitamos para tomar la decisión sobre su solicitud de un servicio o artículo médico, le brindaremos la cobertura al final de ese período prorrogado.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito con el motivo de la denegación.

### *Plazos para una decisión de cobertura “estándar”*

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un medicamento recetado o servicio o artículo médico, le daremos nuestra respuesta en un **lapso de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud**.
  - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“un período ampliado” o “plazo de tiempo extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días extra para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. 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 6 de este capítulo).



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

---

- Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 14 días (o si hay un período ampliado al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación, se le indica cómo presentar una apelación.
- Si aprobamos todo o parte de lo que usted solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que habíamos acordado otorgar, en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si prolongamos el tiempo que necesitamos para tomar la decisión sobre su solicitud de un servicio o artículo médico, le brindaremos la cobertura al final de ese período prorrogado.
- 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 3:** Si rechazamos su solicitud de cobertura para los medicamentos recetados o la atención médica, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos, y quizás cambiemos, esta decisión, mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación implica hacer un nuevo intento para obtener la cobertura de medicamentos recetados o atención médica que usted desea.

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de un medicamento recetado o de atención médica tomada por nuestro plan)
-------------	---

### Términos legales

Una solicitud al plan acerca de una decisión de cobertura de un medicamento recetado o de atención médica se llama una “**apelación**” al plan.

**Paso 1:** Se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta inmediata, debe solicitar una “apelación rápida”.

### Qué debe hacer

- Para comenzar con la apelación, usted, su médico o su representante deben **ponerse en contacto con nosotros**. Para más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque una sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por su atención médica*.



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

---

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación por escrito enviando una solicitud.** También puede solicitar una apelación al llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por su atención médica*).
  - Si otra persona que no sea su médico es quien apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de designación de representante que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener este formulario, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) y solicite el formulario de “Designación de representante”. También está disponible en nuestro sitio web en [www.SeniorsGetMore.org](http://www.SeniorsGetMore.org)). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o finalizar 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.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).**
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de 60 días calendario** desde la fecha de la notificación escrita que enviamos para responder su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene un motivo válido que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos que justifiquen el incumplimiento del plazo son 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 de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para apoyar su apelación.**
  - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con la apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos más información para respaldar la apelación.

*Si su salud lo exige, solicite una “apelación rápida” (usted puede llamar para presentar una solicitud)*

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “apelación acelerada”.

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

---

- 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”.
- Los requisitos y procedimientos para presentar una “apelación rápida” son los mismos que para presentar una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se describen anteriormente en esta sección).
- Si el médico nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, le brindaremos a usted una apelación de ese tipo.

### Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Comprobamos que hayamos cumplido con todas las reglas al momento de denegar la solicitud.
- Reuniremos más información si se necesita. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

#### *Plazos para una apelación “rápida”*

- Cuando usamos los plazos para una apelación rápida, debemos brindarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación**. Le brindaremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted pide más tiempo, o si necesitamos recabar más información que pueda beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días calendario más si su solicitud es para un artículo o servicio médico**. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito.
- 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 es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito con una explicación detallada de por qué dijimos que no. También le dirá cómo puede presentar una apelación del nivel siguiente ante la Junta de audiencias de MassHealth.

#### *Plazos para una apelación “estándar”.*

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **30 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 recabar más información que pueda beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días calendario más si su solicitud es**

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

---

para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito.

- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando usted presenta una queja, le daremos una respuesta en un plazo de 30 días. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas aquellas de respuesta rápida, consulte la Sección 6 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite aplicable anteriormente indicada (o al final del período de tiempo extendido, si es que nos tomamos días adicionales sobre su solicitud de un servicio o artículo médico), se revierte la determinación original del plan y los servicios deben ser proporcionados.
- **Si aprobamos todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que habíamos acordado otorgar, en un plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito con el motivo de la denegación. También se le indicará cómo puede presentar una apelación del siguiente nivel ante la Junta de audiencias de MassHealth.

Sección 5.4	¿Qué sucede si usted está solicitando el reembolso de una factura que recibió por medicamentos recetados o atención médica?
-------------	---

Si usted desea solicitar que paguemos sus medicamentos recetados o atención médica, comience por leer el Capítulo 6 de este manual: *Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 6, se describen las situaciones en las que podría tener la necesidad de solicitar un reembolso o que se pague una factura que recibió usted de un proveedor. También contiene información sobre cómo enviarnos la documentación en la que se nos solicita el pago.

### Pedir un reembolso es lo mismo que solicitarnos una decisión de cobertura

Si envía la documentación para solicitarnos el reembolso, solicita que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.2 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos para saber si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios [qué está cubierto]*). También verificaremos si es que usted cumplió con todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (dichas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

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

---

### Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por la atención médica que recibió dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en la que recibimos la solicitud. O, si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder *afirmativamente* a su solicitud de una decisión de cobertura.
- 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. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, estamos respondiendo *negativamente* a su solicitud de una decisión de cobertura).

### ¿Qué sucede si usted solicita un pago, y nosotros respondemos que no pagaremos?

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**. Consulte esta sección para ver las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tome nota de lo siguiente:

- Si presenta una apelación por un reembolso, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó por su cuenta, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Junta de audiencias imparciales revierte nuestra decisión de negar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor, dentro de 30 días calendario.

---

## SECCIÓN 6      Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes

---



Si su problema está relacionado con decisiones sobre los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces en esta sección no encontrará la respuesta que busca. En su lugar, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

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

---

**Sección 6.1      ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de queja?**

Esta sección explica cómo usar el proceso de presentación de quejas. 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. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento de quejas.

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

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está usted insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o que compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?</li> </ul>
Falta de respeto, atención inadecuada de servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien lo trató mal o fue irrespetuoso con usted?</li> <li>• ¿Está insatisfecho con la forma en la que lo ha tratado Servicios al Miembro?</li> <li>• ¿Considera que se lo está alentando a retirarse del plan?</li> </ul>
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene problemas para obtener una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para obtenerla?</li> <li>• ¿Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han dejado esperando demasiado tiempo? ¿O por parte de nuestro Servicios al Miembro u otros integrantes del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul>
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio del médico?</li> </ul>
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que no le hemos entregado un aviso que debíamos darle?</li> <li>• ¿Cree que la información escrita que le dimos es difícil de entender?</li> </ul>

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

Queja	Ejemplo
<p><b>Puntualidad</b> (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 y 5 de este capítulo. Si va a solicitar una decisión o a presentar una apelación, debe utilizar ese proceso y no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra tardanza. Los siguientes son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ha solicitado que tomemos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le decimos que no lo haremos, puede presentar una queja.</li> <li>• Si considera que no cumplimos los plazos para brindarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando se evalúa una decisión de cobertura que tomamos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican determinados plazos. Si considera que no cumplimos esos plazos, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando no tomamos una decisión a tiempo, debemos remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo correspondiente, usted puede presentar un reclamo.</li> </ul>

**Sección 6.2**

El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”

Términos legales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo que en esta sección se denomina “<b>reclamo</b>” también se llama “<b>queja</b>”.</li> <li>• Otro término para “<b>presentar una queja</b>” es “<b>presentar un reclamo</b>”.</li> <li>• Otra forma de decir “<b>usar el proceso de quejas</b>” es “<b>usar el proceso para presentar una queja formal</b>”.</li> </ul>



Sección 6.3

Paso a paso: Cómo presentar una queja

**Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente; por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, llamar a Servicios al Miembro es el primer paso.** Si necesita saber algo más, Servicios al Miembro se lo informará. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-833-8125. TTY/TDD: 711. Horario de atención: viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1.º 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.).
- **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.
- **A continuación se explica cómo funciona:**
  1. Alguien del personal de Servicios al Miembro de nuestro plan ingresará la queja en nuestra base de datos del miembro y dará seguimiento a conversaciones que podrían estar relacionadas con la queja dentro del mismo registro.
  2. En medida de lo posible, el personal de Servicios al Miembro intentará resolver la queja por teléfono.
  3. Usted, el miembro de su familia designado o un representante autorizado pueden participar en la discusión y ofrecer sugerencias o ideas para resolver el problema o asunto.
  4. Si el reclamo no se puede resolver por teléfono, se llevará a cabo un proceso más formal. Las soluciones a una queja se basarán en lo que resulte el mejor interés para el miembro, de acuerdo con la política y el procedimiento del plan.
  5. La investigación se completará tan pronto como sea posible. 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.
  6. Usted o su representante autorizado recibirá una llamada telefónica (o carta si la solicita) de nuestro plan con una respuesta a su queja en el plazo de 3 días calendario contados a partir de la decisión, pero a más tardar 30 días después del reclamo.
  7. Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de “respuesta rápida” a una decisión de cobertura o apelación, le otorgaremos, automáticamente, una queja “rápida”. Si tiene una queja “rápida”, significa que le responderemos en el término de 24 horas.
  8. Si usted o su representante autorizado aceptan una solución en un plazo de 30 días calendario, el reclamo está resuelto. Debido a su naturaleza, algunas quejas no pueden resolverse (por ejemplo: la comida de Servicios de salud de día se sirvió fría). Nuestro plan sigue y registra estas quejas e intenta identificar cualquier infracción repetida y utiliza esta información para informar al departamento indicado (por ejemplo: el Departamento de gestión de la red de proveedores o el Departamento clínico) sobre los reclamos de servicios insatisfactorios.



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

---

9. Si usted está preocupado por la calidad de la atención que recibe, incluida la atención durante una estadía en el hospital, puede presentar una queja al plan y el departamento de la calidad del plan hará una investigación. Para presentar una queja al plan, simplemente siga los pasos descritos en esta sección.

**Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse de inmediato a Servicios al Miembro.** La queja deberá hacerse 60 días calendario después de haber tenido el problema por el cual desea reclamar.

Términos legales
Lo que en esta sección se denomina “queja rápida” también se llama “queja acelerada”.

**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. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responde en 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.
- **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, le informaremos al respecto.** Nuestra respuesta incluirá los motivos. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

---

## SECCIÓN 7 Revisión independiente de decisiones del plan realizada por la Junta de audiencias de MassHealth

---

Si usted no está satisfecho con los resultados de su apelación interna, tiene el derecho de solicitarle a MassHealth que revise la decisión. Esto se denomina solicitar una audiencia imparcial mediante el proceso de apelación del Comité de Audiencias de MassHealth (Medicaid). Para lograr una apelación de la Junta de audiencias de MassHealth (Medicaid), MassHealth (Medicaid) debe recibir su solicitud de audiencia imparcial a más tardar 120 días calendario desde la fecha de envío del aviso escrito de denegación de BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO). Nosotros le proporcionaremos información y materiales instructivos sobre el proceso de apelación de la Junta de audiencias en su carta interna de denegación de la apelación.

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

---

Si su apelación fue considerada expeditiva (rápida) durante el proceso de apelación interna de nuestro plan, la Junta de audiencias debe recibir su solicitud de audiencia imparcial dentro de los 20 días calendario después de la fecha de envío de la notificación escrita final de BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO) para que su apelación se trate de manera expeditiva en la Junta de audiencias. Si la Junta de audiencias recibe su formulario de solicitud de audiencia imparcial entre 21 y 120 días calendario después del envío de la notificación escrita final del plan, la Junta de audiencias procesará su apelación mediante los tiempos de apelación estándares.

**Usted también puede continuar recibiendo los servicios que son objeto de su apelación, siempre que el servicio haya sido previamente autorizado y usted presente su solicitud para una apelación a la Junta de audiencias dentro de los siguientes diez (10) días calendario a partir de haber recibido nuestra decisión sobre su apelación.** Como alternativa, usted puede decidir no continuar recibiendo servicios durante su apelación. Tenga en cuenta que en caso de continuar recibiendo servicios durante el proceso de apelación ante la Junta de audiencias y la decisión resulte en su contra, usted podría ser responsable del costo de dichos servicios. Si la Junta de audiencias está de acuerdo con usted, BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO) cubrirá sus costos. Se debe enviar la solicitud de audiencia imparcial más una copia de la notificación final de denegación de BMC HealthNet Plan Senior Care Option (SCO) a la siguiente dirección:

Division of Medical Assistance  
Board of Hearings  
100 Hancock Street, 6th Floor  
Quincy, MA 02171  
617-847-1200 o 1-800-655-0338  
FAX: 617-847-1204

Conserve una copia de la solicitud de audiencia imparcial para sus registros.

La Junta de audiencias revisará su apelación. Luego de que el Comité de audiencias revise nuestra decisión, si alguno de los servicios que solicitó sigue denegado, tendrá más derechos de apelación. En tal caso se le informará cuáles son sus derechos de apelación.

Para obtener el “Formulario de solicitud de audiencia imparcial” o para obtener más información acerca de sus derechos de apelación, puede comunicarse a la Junta de audiencias al 617-847-1200 o al 1-800-655-0338. El formulario está disponible en línea en:

[http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/masshealth/appforms/fair\\_hearing.pdf](http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/masshealth/appforms/fair_hearing.pdf)

También puede comunicarse con Servicios para Miembros de BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO) para obtener mayor información acerca de sus derechos de apelación o para solicitar una copia del formulario de solicitud de audiencia imparcial de MassHealth (Medicaid) (los números de teléfono están impresos en la contraportada).

# CAPÍTULO 9

*Cómo finalizar su afiliación al plan*

## Capítulo 9. Cómo finalizar su afiliación al plan

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>156</b>
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la cancelación de su afiliación a nuestro plan ..	156
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede usted cancelar su afiliación a nuestro plan?.....</b>	<b>156</b>
Sección 2.1	Puede finalizar su afiliación en cualquier momento .....	156
Sección 2.3	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación? .....	157
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?.....</b>	<b>157</b>
Sección 3.1	Poner fin a su membresía .....	157
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que finalice su afiliación, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....</b>	<b>157</b>
Sección 4.1	Hasta que finalice su afiliación, usted sigue siendo miembro de nuestro plan	157
<b>SECCIÓN 5</b>	<b><i>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i> debe finalizar su afiliación al plan en ciertas situaciones .....</b>	<b>158</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su afiliación al plan? .....	158
Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud .....	159
Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan .....	159

## Capítulo 9. Cómo finalizar su afiliación al plan

---

---

### SECCIÓN 1 Introducción

---

Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la cancelación de su afiliación a nuestro plan
-------------	---

La finalización de su afiliación a *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Podría retirarse de nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo.
  - Hay solo determinados momentos durante el año, o determinadas situaciones, en las que puede finalizar su afiliación al plan. La Sección 2 le dice cuándo debemos finalizar su afiliación en el plan. La Sección 2 le informa acerca de los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comienza su inscripción en su nueva cobertura.
  - El proceso para finalizar su afiliación de forma voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que escoja. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su afiliación a cada situación.
- También hay situaciones específicas en las que podemos ver obligados a dar por finalizada su afiliación aunque usted no decida dejar el plan. La Sección 5 brinda información sobre las situaciones en las que debemos dar por finalizada su afiliación.

Si se cancela su afiliación a nuestro plan, debe continuar recibiendo la atención médica a través de nuestro plan hasta que termine su afiliación.

---

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su afiliación a nuestro plan?

---

Sección 2.1	Puede finalizar su afiliación en cualquier momento
-------------	--

- Usted puede finalizar su afiliación en Senior Care Options (SCO) de BMC HealthNet Plan en cualquier momento.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de MassHealth (Medicaid). (Puede elegir un plan que cubre los medicamentos recetados o uno que no cubre los medicamentos recetados).
  - MassHealth (Medicaid) Original o pago por servicio.
    - Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado, o MassOptions, para conocer sus opciones de planes de Medicaid. Los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, *Números de teléfono y recursos importantes*, Sección 2.1, de este folleto.

## Capítulo 9. Cómo finalizar su afiliación al plan

---

- **¿Cuándo finalizará su afiliación?** Por lo general, se cancelará su afiliación 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.
- **¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación?** Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación, puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar un formulario de desafiliación. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual.

### Sección 2.3 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación:

- Puede **llamar a Servicios al Miembro** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- Puede llamar a la oficina de Medicaid de su estado o a MassOptions. Los números de teléfono aparecen en el Capítulo 2, *Números de teléfono y recursos importantes*, Sección 2.1, de este folleto.

---

## SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

---

### Sección 3.1 Poner fin a su membresía

Por lo general, para finalizar su afiliación a nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de salud. Existen dos maneras de darse de baja:

- Puede hacer una solicitud por escrito dirigida a nosotros. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).
- --o--Puede comunicarse con MassHealth Senior Care Options (SCO) para obtener más información sobre la inscripción: 1-888-885-0484 TTY/TDD: 1-888-821-5225.

---

## SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

---

### Sección 4.1 Hasta que finalice su afiliación, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si usted se retira de *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)*, puede tomar un tiempo antes de que su afiliación termine y su nueva cobertura de MassHealth (Medicaid) entre en vigencia. (Consulte

## Capítulo 9. Cómo finalizar su afiliación al plan

---

la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para adquirir sus medicamentos recetados hasta que finalice su afiliación a nuestro plan.** Generalmente, los medicamentos recetados solo están cubiertos si adquiere sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de farmacia de envío por correo.
- **Si es hospitalizado el día que finalice su afiliación, por lo general 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 *BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* debe finalizar su afiliación al plan en ciertas situaciones

---

Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su afiliación al plan?
-------------	--

*BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* debe cancelar su afiliación al plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no califica para Medicaid. Según se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1 nuestro plan es para las personas que califican para MassHealth Standard (Medicaid). Si pierde su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) estándar, *Senior Care Options (SCO)* de *BMC HealthNet Plan* 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 afiliación en *Senior Care Options (SCO)* de *BMC HealthNet Plan*.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses
  - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar al que se muda o viaja forma parte del área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual).
- Si lo encarcelan (va a prisión)
- Si 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 con receta médica
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan.

## Capítulo 9. Cómo finalizar su afiliación al plan

---

- Si usted se comporta continuamente de forma incorrecta y dificulta que nosotros le brindemos atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación del plan para recibir atención médica.

### ¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación:

- Puede llamar a **Servicios al Miembro** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

<b>Sección 5.2</b>	<b>Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</b>
--------------------	--

*BMC HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)* no tiene autorización de solicitar que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

### ¿Qué debe hacer si ocurre eso?

Si considera que se le solicita que se retire de nuestro plan por una razón relacionada con su salud, debe llamar a MassHealth: 1-888-885-0484 TTY/TDD: 1-888-821-5225.

<b>Sección 5.3</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan</b>
--------------------	---

Si finalizamos su afiliación 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 afiliación. También puede consultar el Capítulo 8, Sección 11, para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.



# CAPÍTULO 10

*Avisos legales*

**Capítulo 10. Avisos legales**

---

Capítulo 10. Avisos legales

SECCIÓN 1	Notificación sobre la legislación vigente.....	<b>162</b>
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación .....	<b>162</b>

---

## **SECCIÓN 1      Notificación sobre la legislación vigente**

---

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura* y pueden aplicarse algunas disposiciones adicionales porque la ley así lo exige. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento. La principal ley que se aplica a este documento 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, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted reside.

---

## **SECCIÓN 2      Aviso sobre la 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, edad, alguna discapacidad mental o física, 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 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos aparecen impresos en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como un problema de acceso con la silla de ruedas, Servicios al Miembro pueden ayudarlo.

# CAPÍTULO 11

*Definiciones de términos importantes*

## Capítulo 11. Definiciones de términos importantes

**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. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted considera que debe recibir. En el Capítulo 8, se explican las apelaciones, incluido el proceso para presentarlas.

**Área de servicio:** un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la afiliación según el lugar donde viven las personas. 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.

**Asistente de cuidado de la salud en el hogar:** asistente de cuidado de la salud en el hogar 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). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni dan terapia.

**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.

**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 en un centro de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar una enfermera o un médico registrado.

**Autorización previa:** aprobación anticipada para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red tienen cobertura únicamente si su médico o equipo de atención primaria obtienen la "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red nos solicitan la "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el formulario de medicamentos.

**Centro de cuidados paliativos:** un miembro a quien le quedan 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si usted escoge un centro de

## Capítulo 11. Definiciones de términos importantes

---

cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos. Los centros de cuidados paliativos proporcionarán tratamiento especial para su estado.

**Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF):** centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y presta una variedad de servicios, 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.

**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.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 indica cómo comunicarse con los CMS.

**Coseguro:** suma que usted debe pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados. El coseguro es normalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

**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 es la atención personal que puede ser brindada por personas que no tienen capacidades profesionales o capacitación profesional (por ejemplo, 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 personas hacen por sí mismos, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

**Desafiliar o cancelar su afiliación:** proceso de terminar su afiliación a nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (decisión propia) o involuntaria (no es su decisión).

**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 manual, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”. El Capítulo 8 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Determinación de la organización:** el plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este manual, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El Capítulo 8 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

## Capítulo 11. Definiciones de términos importantes

---

**Emergencia:** 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. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

**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.

**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”.

**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 del patrocinador de su plan (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 patrocinador de su 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).

**Farmacia de la red:** una farmacia de la red es aquella donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen contrato con nuestro plan. 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.

**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. Tal como se explica en esta Evidencia de cobertura, 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.

**Indicación médicamente aceptada:** uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.

## Capítulo 11. Definiciones de términos importantes

---

**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.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

**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 Medicaid varían de estado a estado, pero la mayor parte de costos de atención médica se cubren si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**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.

**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.

**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.

**Medicamentos cubiertos:** término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

**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).

**Período de beneficio:** la manera en que Original Medicare mide 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. No hay límite para el número de períodos de beneficios.



## Capítulo 11. Definiciones de términos importantes

---

**Prótesis y órtesis:** estos son dispositivos médicos que solicita el médico u otro proveedor de atención de la salud. Los artículos cubiertos 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.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también pueden hablar sobre su atención con otros médicos y proveedores de atención de salud y lo puede remitir con ellos. 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. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención médica primaria.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y en algunos casos para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red de servicios con base en los contratos que tiene con los proveedores o si los proveedores están de acuerdo con prestarle a usted los servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también pueden llamarse “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** proveedor o centro con quienes no hemos acordado 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 y no tienen contrato para prestarle servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de este manual se explica cómo utilizar a los proveedores o centros de salud de fuera de la red.

**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. Vea también “Reclamo” en esta lista de las definiciones.

**Reclamo:** un tipo de queja que realiza sobre nosotros 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.

**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.

## **Capítulo 11. Definiciones de términos importantes**

---

**Servicios al Miembro:** un departamento dentro de nuestro plan, que se encarga de responder sus preguntas sobre la afiliación, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al Miembro.

**Servicios cubiertos:** término general que usamos para referirnos a todos los servicios de atención de la salud y los suministros cubiertos por el plan.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Servicios necesarios de urgencia:** 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. Los servicios necesarios de urgencia pueden prestarlos proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente.

Standard

**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.

*Servicios al Miembro de BMC HealthNet Plan Senior Care Options (HMO D-SNP)*

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-855-833-8125</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 al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para 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>
POR FAX	1-617-897-0884
POR ESCRITO	<p><i>BMC HealthNet Plan Senior Care Options (HMO D-SNP)</i></p> <p>Member Services Department 529 Main Street Suite 500 Charlestown, MA 02129</p>
SITIO WEB	<a href="http://www.SeniorsGetMore.org">www.SeniorsGetMore.org</a>

*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	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636), pulse 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 anterior para obtener la dirección del programa <i>SHINE</i> en su área.
SITIO WEB	<a href="http://www.800ageinfo.com">www.800ageinfo.com</a>