

EOC DE SCO 2019

1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios de salud y servicios y cobertura de medicamentos con receta médica como miembro de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan.

*Este manual 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 31 de diciembre de 2019. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y medicamentos con receta médica que necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.***

Este plan, Senior Care Options (SCO), de Boston Medical Center HealthNet Plan, es ofrecido por Boston Medical Center Health Plan, Inc. (Cuando en esta Evidencia de cobertura se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa Boston Medical Center Health Plan, Inc. que opera con el nombre comercial de Boston Medical Center HealthNet Plan. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan.

Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan es un plan HMO que tiene contrato con el programa MassHealth del Commonwealth of Massachusetts/Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS). La inscripción en Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan depende de la renovación del contrato. Senior Care Options de Boston Medical Center HealthNet Plan es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos.

Este documento está disponible de manera gratuita en español y portugués.

Comuníquese con el 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.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.)

Este documento puede estar disponible en otros formatos como el Braille, letras grandes u otros formatos alternativos. Para obtener información adicional, llame a servicio al cliente al 1-855-833-8125 (TTY/TTD: 711). Los beneficios pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2020.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan

SCOEOC2019_C Spanish Approved

Evidencia de cobertura 2019

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.**

Capítulo 1. Comenzar como miembro3

Explica lo que significa pertenecer a un plan de salud de Medicaid y cómo usar este manual. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado el registro de su membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 15

Le dice cómo comunicarse con nuestro plan Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan y con otras organizaciones, incluso Medicaid (programa de seguro médico para personas de bajos ingresos).

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos..... 33

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.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)..... 39

Brinda detalles sobre los tipos de atención médica cubiertos y no cubiertos para usted como miembro de nuestro plan.

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta..... 93

Explica las reglas que debe seguir cuando obtenga sus medicamentos con receta. Informa cómo usar la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Le indica qué tipos de medicamentos no están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a su cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. 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 haya recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos..... 87

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 93

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 hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 104

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 tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos con receta que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales respecto a su cobertura de medicamentos con receta, y también pedirnos que continuemos la cobertura de la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que la cobertura termina demasiado pronto.*
- *Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.*

Capítulo 9. Cómo finalizar su membresía en el plan..... 121

Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.

Capítulo 10. Avisos legales 126

Incluye avisos sobre las leyes vigentes y la no discriminación.

Capítulo 11. Definiciones de términos importantes 129

Explica los términos principales que se utilizan en este manual.

CAPÍTULO 1

Cómo comenzar como miembro

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	5
Sección 1.1	<i>Usted está inscrito en Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan, que es un plan de Senior Care Options (SCO)</i>	<i>5</i>
Sección 1.2	<i>¿De qué trata el manual Evidencia de cobertura?</i>	<i>6</i>
Sección 1.3	<i>Información legal sobre la Evidencia de Cobertura.....</i>	<i>6</i>
SECCIÓN 2	¿Cómo califica para ser miembro del plan?	7
Sección 2.1	<i>Sus requisitos de elegibilidad.....</i>	<i>7</i>
Sección 2.2	<i>¿Qué es Medicaid?.....</i>	<i>8</i>
Sección 2.3	<i>Esta es el área de servicio del plan Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan</i>	<i>8</i>
Sección 2.4	<i>Ciudadano estadounidense o con presencia legal</i>	<i>9</i>
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	9
Sección 3.1	<i>Su tarjeta de membresía de nuestro plan – Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos con receta cubiertos.....</i>	<i>9</i>
Sección 3.2	<i>El Directorio de proveedores y farmacias: Su guía para todos los proveedores de la red del plan.....</i>	<i>10</i>
Sección 3.3	<i>La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan</i>	<i>11</i>
SECCIÓN 4	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	12
Sección 4.1	<i>Cómo puede ayudar a asegurar que la información que tenemos acerca de usted es correcta.....</i>	<i>12</i>
SECCIÓN 5	Protegemos la privacidad de su información médica personal	13
Sección 5.1	<i>Nos aseguramos de que su información médica esté protegida</i>	<i>13</i>
SECCIÓN 6	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	14
Sección 6.1	<i>¿Qué plan paga primero cuando tiene un seguro médico adicional?.....</i>	<i>14</i>

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan, que es un plan de Senior Care Options (SCO)

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, Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan.

La cobertura de este Plan califica como Cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección al paciente y salud asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> .

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 a largo plazo y servicios basados en el hogar o la comunidad. Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan 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 Boston Medical Center HealthNet Plan es operado por una organización sin fines de lucro. Tenemos un contrato con el programa Medicaid de Massachusetts (MassHealth) para coordinar sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Nos complace brindarle la cobertura de salud de MassHealth (Medicaid), que incluye la cobertura de sus medicamentos recetados, atención a largo plazo, y servicios basados en el hogar y la comunidad.

Sección 1.2 ¿De qué trata el manual Evidencia de cobertura?

Este manual de Evidencia de cobertura le indica cómo obtener su atención médica de MassHealth (Medicaid), 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 y lo que está cubierto.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, la atención a largo plazo (LTC), 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 Boston Medical Center HealthNet Plan.

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios están a su disposición. Le recomendamos que dedique un momento a la lectura de este manual de Evidencia de cobertura.

Si está confundido o tiene inquietudes, o simplemente desea hacer una pregunta, comuníquese con 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 Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y cualquier aviso que le enviemos acerca de los cambios en su cobertura o las afecciones que pueden afectar su cobertura. Estos avisos algunas veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato está vigente durante los meses en que usted está inscrito en Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan entre el 1.º de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

MassHealth (Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año

El Commonwealth of Massachusetts/Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede continuar recibiendo cobertura de MassHealth (Medicaid) como miembro de nuestro plan, siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y la Commonwealth of Massachusetts/Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cómo califica para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted cumple los requisitos para ser miembro de nuestro plan, siempre que:

- *–Califique para MassHealth (Medicaid) Standard con una categoría de asistencia admisible para SCO; y*
- *No tenga enfermedad renal en fase terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), con excepciones limitadas, por ejemplo, si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o ya era miembro de un plan diferente que finalizó; y*
- *Viva en nuestra área de cobertura geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio); y*
- *No resida en un centro de atención médica intermedio para personas con retraso mental (IFC/MR); y*
- *Seleccione a un médico de atención primaria (PCP) y acepte ayudarlo 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 Boston Medical Center HealthNet Plan, excepto en el caso de una emergencia o cuando viaje temporalmente fuera del área de servicio; y*
- *No resida en un hospital para enfermedades crónicas o de rehabilitación; y*
- *Cumpla los requisitos de elegibilidad especial que se describen a continuación.*

Requisitos de elegibilidad especiales 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 participar en nuestro plan, usted debe tener 65 años o más y calificar para recibir los beneficios completos de Medicaid.

Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad de MassHealth (Medicaid) pero es razonable creer que podría recobrarla en el plazo de 1 mes, aún califica para la membresía en nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los gastos compartidos durante un período de elegibilidad considerada continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

MassHealth (Medicaid), el programa de Medicaid en Massachusetts, es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con la cobertura médica y los costos de atención a largo plazo a ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién califica, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo operar su programa siempre que cumplan los lineamientos federales.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan

Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, usted debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

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

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con 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 e información de contacto en el Capítulo 2, Números de teléfono y recursos importantes.

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o con presencia legal

El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. La EOHHS notificará a Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan si no califica para permanecer como miembro según este motivo. Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan debe cancelar su membresía si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1. Su tarjeta de membresía de nuestro plan – Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos con receta cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan cuando obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta médica que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. A continuación, se encuentra una muestra de la tarjeta de membresía para que sepa cómo se verá:

 <p>BOSTON MEDICAL CENTER HEALTHNet PLAN SENIOR CARE OPTIONS</p> <p>Sally Smith ID# 123456789 00</p> <p>Senior Care Options (HMO SNP) MassHealth ID#: 12345678901</p> <p>SeniorsGetMore.org</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>CMS-H9585-001</p>	<p>MEMBERS Member Services: 855-833-8125 TTY: 866-765-0055 Mental Health/Substance Abuse: 855-833-8125 Emergency Care: Go to the ER or call 911</p> <p>PROVIDERS Provider Services (en español): 855-833-8127 Mental Health/Substance Abuse: 855-833-8127 Pharmacy: 855-833-8127</p> <p>Envision BIN: 009893 PCN: RIORX RxGRP: SCOPT002</p>
--	---

Mientras usted sea miembro de nuestro plan **no debe usar su tarjeta de MassHealth (Medicaid)** para obtener servicios médicos cubiertos. Conserve su tarjeta de MassHealth (Medicaid) en un lugar seguro por si la necesita más adelante.

Esto es muy importante porque: Si usted recibe servicios que están cubiertos con su tarjeta de MassHealth (Medicaid) en lugar de nuestra tarjeta de membresía de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar usted mismo el costo completo.

Si su tarjeta de membresía del plan se deteriora, se pierde o la roban, llame a Servicios al Miembro de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias: Su guía para todos los proveedores de la red del plan

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, 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 la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos celebrado acuerdos para

que estos proveedores presten 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.

¿Por qué debe estar informado sobre los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber que proveedores son parte de nuestra red (que está compuesta de nuestros proveedores de la red y farmacias de la red, como se definen en el Capítulo 11) porque, salvo limitadas excepciones, cuando usted es miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, la atención médica urgentemente necesaria cuando la red no esté disponible (generalmente, cuando usted se encuentre fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center 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 de cobertura.

Es importante que concurra únicamente a proveedores de la red para obtener sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Si usted no usa los proveedores participantes cuando acceda a sus beneficios, podrá ser responsable del 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 solicitarla a 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, 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 surtir las recetas médicas cubiertas para 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 buscar 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 farmacias se encuentra en nuestro sitio web en www.SeniorsGetMore.org. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener información actualizada o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias por correo. **Le agradeceremos que revise el Directorio de Farmacias de 2019 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

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. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.SeniorsGetMore.org.

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

El plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). Para abreviar la llamamos “Lista de medicamentos”. Le dice qué medicamentos con receta cubre Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe reunir los requisitos que establecen Medicaid y Medicare. Medicare y Medicaid aprobaron la lista de medicamentos de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan.

La Lista de medicamentos también le informa si hay reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos 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 o llamar a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Mantenga actualizado su registro de membresía del 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 específica, e incluye a su Proveedor de atención primaria.

*Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos costos compartidos para usted.** Por tal motivo, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.*

Infórmenos acerca de estos cambios:

- *Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono*
- *Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge o indemnización por accidentes de trabajo)*
- *Si tiene algún reclamo de responsabilidad civil, como por ejemplo un accidente automovilístico*
- *Si es ingresado en un asilo de ancianos*
- *Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red*
- *Si cambia la persona nombrada como responsable (como un cuidador)*
- *Si participa en un estudio de investigación clínica*

Si cambia alguna de esta información, llame a Servicios al Miembro para informarnos (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. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 6 de este manual.

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

Estamos obligados a recopilar información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los 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 tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos aparecen impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 5 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 5.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Consulte la Sección 1.4 del Capítulo 7 de este manual para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal.

SECCIÓN 6 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 6.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene un seguro médico adicional?
--

Cuando usted tiene cobertura de otro seguro médico, nosotros trabajamos con su otro seguro para coordinar los beneficios de su plan. Este proceso es llamado “Coordinación de beneficios”.

Somos el pagador de última instancia. Eso significa que, cuando tiene otro seguro (como seguro médico de un empleador), siempre pagan primero (llamado “seguro primario”) y nuestro plan siempre paga en segundo lugar (llamado “seguro secundario”). Este es el caso a menos que la ley establezca algo distinto. 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 su información de otro seguro, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este

manual). Es posible que deba proporcionar su número de Id. 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 de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Información de contacto de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios al Miembro del plan).....	17
SECCIÓN 2	MassHealth (Medicaid) (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	28
SECCIÓN 3	¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?	240
SECCIÓN 4	Usted puede obtener ayuda de las Agencias del Área sobre el Envejecimiento.	24

SECCIÓN 1 Información de contacto de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan
(cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios al Miembro del plan)

Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de nuestro plan

Para obtener asistencia sobre reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas del miembro, llame o escriba a Servicios al Miembro de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan. Nos complacerá

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-855-833-8125</p> <p><i>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).</i></p> <p><i>Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p><i>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</i></p> <p><i>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicios al Miembro 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).</i></p>
POR FAX	<p>1-617-897-0884</p>
POR ESCRITO	<p><i>Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i></p> <p><i>Member Services Department</i></p> <p><i>529 Main Street Suite 500</i></p> <p><i>Charlestown, MA 02129</i></p>
SITIO WEB	<p><u>www.SeniorsGetMore.org</u></p>

poder ayudarlo.

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 le 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 hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

POR TELÉFONO	<i>1-855-833-8125</i> <i>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 tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.</i>
TTY	<i>711</i> <i>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</i> <i>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).</i>
POR FAX	<i>1-617-897-0884</i>
POR ESCRITO	<i>Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i> <i>Member Services Department</i> <i>529 Main Street Suite 500</i> <i>Charlestown, MA 02129</i>
SITIO WEB	<i>www.SeniorsGetMore.org</i>

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

Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión o modificación de la decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación de su atención médica, consulte el Capítulo 8 (Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Método	Apelaciones sobre atención médica – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-855-833-8125</p> <p><i>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 tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p><i>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</i></p> <p><i>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).</i></p>
POR FAX	<p>1-617-897-0805</p>
POR ESCRITO	<p><i>Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i></p> <p><i>Member Appeals Department</i></p> <p><i>529 Main Street Suite 500</i></p> <p><i>Charlestown, MA 02129</i></p>
SITIO WEB	<p><u>www.SeniorsGetMore.org</u></p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza 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 implica disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre la cobertura o 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 hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)).

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
POR TELÉFONO	<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 tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número debe contar con un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen 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>1-617-897-0805</p>
POR ESCRITO	<p>Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (SCO) Member Grievances Department 529 Main Street Suite 500 Charlestown, MA 02129</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Usted puede presentar un reclamo sobre Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

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. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 8 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Método	Decisiones de cobertura 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 tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para este número se necesita 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>1-877-503-7231.</p>
POR ESCRITO	<p>Envisions Rx 2181 East Aurora Road Suite 201 Twinsburg, OH 44087</p>
SITIO WEB	<p>www.SeniorsGetMore.org</p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta

Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión o modificación de la decisión de cobertura que hayamos 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	<i>Apelaciones sobre medicamentos con receta - Información de contacto</i>
POR TELÉFONO	<p><i>1-855-833-8125</i></p> <p><i>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).</i></p> <p><i>Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</i></p>
TTY	<p><i>711</i></p> <p><i>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</i></p> <p><i>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).</i></p>
POR FAX	<p><i>1-617-897-0805</i></p>
POR ESCRITO	<p><i>Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i></p> <p><i>Member Appeals Department</i></p> <p><i>529 Main Street Suite 500</i></p> <p><i>Charlestown, MA 02129</i></p>
SITIO WEB	<p><i>www.SeniorsGetMore.org</i></p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos con receta

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 implica disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo 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 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).</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 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>1-617-897-0805</p>
POR ESCRITO	<p>Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (SCO) Member Grievances Department 529 Main Street Suite 500 Charlestown, MA 02129</p>

A dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido

Para obtener más información sobre las situaciones en las cuales es posible que 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 haya recibido por atención médica o medicamentos cubiertos).

Tenga en cuenta que: 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 hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)).

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-855-833-8125</p> <p><i>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).</i></p> <p><i>Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p><i>Para este número se necesita equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</i></p> <p><i>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).</i></p>
POR FAX	<p>1-617-897-0884 para solicitudes de atención médica</p> <p>1-877-503-7231 para solicitudes sobre medicamentos</p>
POR ESCRITO	<p>Para solicitudes de pago de atención médica:</p> <p><i>Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (SCO) Member Services Department 529 Main Street, Suite 500 Charlestown, MA 02129</i></p> <p>Para solicitudes de pago de medicamentos:</p> <p><i>Envisions Rx 2181 East Aurora Road Suite 201 Twinsburg, OH 44087</i></p>
SITIO WEB	<p>www.SeniorsGetMore.org</p>

SECCIÓN 2

MassHealth (Medicaid)

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

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

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

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, ancianos y cuidadores que ayuden a determinar los servicios que pueda necesitar, y puedan ayudarlo con una red estatal de socios y agencias locales, puede comunicarse con MassOptions.

Método	MassHealth (programa Medicaid) – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-841-2900 <i>Disponible de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes</i>
TTY	1-800-497-4648 <i>Para llamar a este número debe contar con un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i>
POR ESCRITO	MassHealth Customer Service Center Health Processing Center PO Box 4405, Taunton, MA 02780 <i>O puede ir a uno de los centros de inscripción de MassHealth en su área.</i>
SITIO WEB	www.mass.gov/masshealth

Método	Información de contacto de MassOptions
POR TELÉFONO	1-844-422-6277 <i>Disponible de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes</i>
TTY	711 <i>Para llamar a este número debe contar con un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i>
POR ESCRITO	<i>Envíe por correo electrónico cualquier pregunta o inquietud a la dirección del sitio web que aparece a continuación, o visite el sitio web en la sección “Cómo comunicarse con nosotros”, puede hablar en línea o enviar un mensaje por correo electrónico.</i>
SITIO WEB	www.massoptions.org

El programa My Ombudsman de Massachusetts ayuda a las personas a obtener información adicional, como información sobre opciones de plan, residencias de ancianos y resolver problemas entre las residencias de ancianos y residentes o sus familias.

Método	Programa del Defensor del Paciente de Atención Comunitaria de Massachusetts (Massachusetts Community Care Ombudsman Program) – Información de contacto
POR TELÉFONO	1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a m. a 4:00 p. m. Horario para consultas sin cita previa: Lunes de 1:00 p. m. a 4:00 p. m. y jueves de 9:00 a. m. a 12 p. m. Las citas pueden realizarse en otros momentos.
TTY	711 Para llamar a este número debe contar con un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
POR ESCRITO	My Ombudsman 11 Dartmouth Street Suite301 Malden, MA 02148
SITIO WEB	www.myombudsman.org

SECCIÓN 3 ¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro de salud 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 acerca de sus beneficios de salud (o los de su cónyuge), las primas o el período de inscripción de su empleador. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro aparecen en la contraportada de este manual).

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

SECCIÓN 4 Usted puede obtener ayuda de las Agencias del Área sobre el Envejecimiento

Condados	Agencia del área sobre el envejecimiento	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

<i>Suffolk</i>	<i>Somerville-Cambridge Elder Services</i>	<i>61 Medford Street Somerville, MA 02143 (617) 628-2601</i>
<i>Suffolk</i>	<i>Southwest Boston Senior Services, que opera con el nombre comercial de Ethos</i>	<i>555 Amory Street Jamaica Plain, MA 02130 (617) 522-6700</i>
<i>Suffolk</i>	<i>Mystic Valley Elder Services</i>	<i>300 Commercial Street, #19 Malden, MA 02148 (781) 324-7705</i>
<i>Hampden</i>	<i>WestMass Elder Care</i>	<i>4 Valley Mill Road Holyoke, MA 01040 (413) 538-9020</i>
<i>Hampden</i>	<i>Greater Springfield Senior Services</i>	<i>66 Industry Avenue Springfield, MA 01104 (413) 781-8800</i>
<i>Hampden</i>	<i>Highland Valley Elder Services</i>	<i>320 Riverside Drive Florence, MA 01062 (413) 586-2000</i>
<i>Plymouth</i>	<i>South Shore Elder Services</i>	<i>1515 Washington Street Braintree, MA 02184 (781) 848-3910</i>
<i>Plymouth</i>	<i>Old Colony Elder Services</i>	<i>144 Main Street Brockton, MA 02301 (508) 584-1561</i>
<i>Plymouth</i>	<i>Coastline Elder Services</i>	<i>1646 Purchase Street New Bedford, MA 02740 (508) 999-6400</i>
<i>Barnstable</i>	<i>Elder Services of Cape Cod</i>	<i>68 Route 134 South Dennis, MA 02660 (508) 394-4630 (800) 244-4630 (solo para Cape) (800) 442-4492 (solo para Mass)</i>
<i>Bristol</i>	<i>Bristol Elder Services</i>	<i>1 Father DeValles Blvd Unit 8 Fall River, MA 02723 (508) 675-2101</i>
	<i>Coastline Elder Services</i>	<i>1646 Purchase Street New Bedford, MA 02740 (508) 999-6400</i>
	<i>Old Colony Elder Services</i>	<i>144 Main Street Brockton, MA 02301 (508) 584-1561</i>

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	Lo que debe saber acerca de cómo obtener su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.....	35
Sección 1.1	¿Qué son “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?.....	35
Sección 1.2	Reglas básicas para recibir la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	35
SECCIÓN 2	Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios	37
Sección 2.1	Usted debe a elegir a un Proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione y supervise la atención.....	37
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?.....	38
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	39
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red	40
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención de urgencia o durante un desastre	41
Sección 3.1	Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica	41
Sección 3.2	Obtener atención cuando se presenta una necesidad urgente	33
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	34
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	34
Sección 4.1	Puede pedirnos que pagemos los servicios cubiertos.....	34
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?	34
SECCIÓN 5	¿Qué cobertura tienen los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	35
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	35
Sección 5.2	¿Quién paga qué cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?	355
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención de la salud no médica”	36
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de salud que no presta servicios médicos?.....	36
Sección 6.2	¿Qué atención proporcionada por una institución religiosa de atención de la salud no médica cubre nuestro plan?	36
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad del equipo médico duradero	37
Sección 7.1	¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de que nuestro plan realice determinada cantidad de pagos?	37

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. Aquí se incluyen las definiciones de términos y se explican las reglas que deberá seguir para recibir los tratamientos, servicios y otra atención médica que esté cubierta por el plan.

Para obtener más detalles sobre la atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan, utilice el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, Capítulo 4 (Cuadro de beneficios, lo que está cubierto).

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

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

- *Los “**proveedores**” son médicos y otros profesionales de atención de la salud con licencia otorgada por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instituciones.*
- *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 contrato con nosotros para aceptar nuestro pago como la totalidad del pago. 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.*

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba 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 o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tenga a un proveedor de atención primaria de la red (PCP) que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - *No se necesitan referencias 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 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

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

que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan).

Estas son 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. Tenga en cuenta que los servicios, incluso servicios de emergencia y urgencia, NO tienen cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios.*
- *Si usted necesita un tipo de atención médica que MassHealth (Medicaid) exige que cubra nuestro plan, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Su PCP o un proveedor del plan debe solicitar al plan una autorización previa por los servicios cubiertos antes de que 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 los servicios de diálisis renal en un centro de diálisis autorizado cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio 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 a un Proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione y supervise la atención
--------------------	---

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

- *Un PCP es su “proveedor de atención médica primaria”. Un PCP es el médico de atención primaria que administra el cuidado de su salud general, cumple los requisitos del estado y está capacitado para proporcionarle atención médica básica. Por lo general, usted consulta a su PCP primero para la mayor parte de sus necesidades de atención médica de rutina.*
- *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 presta atención médica de rutina y podría ayudar a coordinar los servicios cubiertos, como consultar a un especialista u someterse a un procedimiento en un entorno de hospital o ambulatorio.*
- *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 para 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.*

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

¿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 o gerontólogo). Durante nuestro proceso de inscripción, nuestros 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.

Cómo cambiar 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.

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

En ciertos momentos, un PCP puede dejar la red de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan. Si ocurre eso y actualmente recibe servicios de ellos, deberá cambiar a otro PCP que participe en la red de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan. Le enviaremos una carta para avisarle y ayudarlo a cambiarse a otro PCP para que siga recibiendo sus servicios cubiertos. Servicios al Miembro puede ayudarlo a buscar y seleccionar a otro PCP que tenga contrato con la red de Senior Care Options (SCO) Boston Medical Center HealthNet Plan. Si este cambio impacta súbitamente 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, por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.*
- *Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado 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 para que podamos ayudarlo a hacer los arreglos para que reciba la diálisis de mantenimiento mientras está lejos. Los números telefónicos de Servicios al Miembro aparecen 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*
- *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 una 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 un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.*
- *Si usted está en tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarlo.*
- *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 dejarán el 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 cuando tiene una emergencia o necesita atención de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica

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

Una “emergencia médica” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, pérdida de un miembro, o pérdida de función de un miembro. 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 lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. No es necesario que obtenga primero aprobación o una derivación de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia.** Necesitamos realizar el seguimiento posterior a la atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, por lo general en un plazo de 48 horas. (El número de teléfono de Servicios al Miembro figura al dorso de su tarjeta y también en la contraportada de este manual).

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede recibir cobertura de atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni cualquier otra atención si recibe atención médica fuera de los Estados Unidos o sus territorios. 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 del 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 la afección y termina la emergencia médica.

Después de la emergencia usted tiene derecho a la atención de seguimiento para asegurarse de que su afección sigue siendo estable. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si el cuidado de emergencia lo presta un

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

proveedor que no pertenece a la red, trataremos de hacer los preparativos para que un proveedor de la red se haga cargo de sus cuidados tan pronto como lo permitan su estado de salud y las circunstancias.

¿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 al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).*

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

¿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.

¿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 necesarios 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 no cubre servicios de urgencia ni cualquier otra atención si recibe atención médica fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los 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 para obtener información sobre cómo acceder a servicios necesarios durante un desastre.

Por lo general, si no puede recurrir a un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, usted puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos

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

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

Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que se encuentran en el Cuadro de beneficios (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual), y que se obtienen en concordancia con las normas 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 considera, tiene el derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. Usted también tiene el derecho a solicitar esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El capítulo 8 (Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nosotros o desea apelar la decisión que ya tomamos. Para obtener más información puede llamar a Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Puede llamar a Servicios al Miembro cuando desee saber qué monto del límite de beneficios ya utilizó.

SECCIÓN 5 ¿Qué cobertura tienen los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “estudio clínico”) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Piden voluntarios que los ayuden en el estudio para probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos. 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) primero debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que MassHealth no haya aprobado, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Una vez que MassHealth (Medicaid) aprueba el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos que establecen los científicos que van a llevarlo a cabo. Puede participar del estudio siempre que reúna los requisitos para este y comprenda y acepte completamente lo que implica su participación en el estudio.

Cuando se encuentre en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no se encuentra relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar de un estudio de investigación clínica aprobado por MassHealth (Medicaid), 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.***

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

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

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

- *La habitación y la alimentación por hospitalización que pagaría MassHealth (Medicaid) aunque usted no participe en un estudio.*
- *Una cirugía u otro procedimiento médico si forman parte del estudio de investigación.*
- *Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.*

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.

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

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, nuestro plan no pagará nada de lo siguiente:

- *Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo ni servicio que se pruebe en el estudio, excepto en los casos en que el plan cubra el artículo o el servicio incluso si usted no estuviera participando en un estudio.*
- *Los artículos y servicios que el estudio le da gratuitamente 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”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de salud que no presta servicios médicos?

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 solo pagará los servicios de atención de la salud no médica que sean proporcionados por instituciones religiosas de atención de la salud no médica.

Sección 6.2 ¿Qué atención proporcionada por una institución religiosa de atención de la salud no médica cubre nuestro plan?

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

- *Atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que es voluntario y no exigido por ninguna ley federal, estatal o local.*
- *El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o tratamiento médico que usted obtiene que no es voluntario o que lo exige alguna ley federal, estatal o local.*

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.*

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

- *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 la aprobación de nuestro plan antes de ser ingresado a la institución o de lo contrario su estadía no estará cubierta.*

El servicio para pacientes hospitalizados de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan no tiene limitaciones de cobertura para estos beneficios cubiertos de Medicare. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de que el plan realice determinada cantidad de pagos?
--------------------	---

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 se alquilan.

Como miembro de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan, por lo general, usted no será propietario de DME alquilado. Bajo ciertas circunstancias limitadas, 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 debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

CAPÍTULO 4

Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

SECCIÓN 1	Entender los servicios cubiertos	50
<i>Sección 1.1</i>	<i>Usted no paga nada por sus servicios cubiertos.....</i>	<i>50</i>
SECCIÓN 2	Utilice el <i>Cuadro de beneficios</i> para averiguar qué está cubierto	51
<i>Sección 2.1</i>	<i>Sus beneficios por servicios médicos, atención a largo plazo y basados en el hogar y en la comunidad como miembro del plan</i>	<i>51</i>
SECCIÓN 3	¿Qué tipos de servicios no tienen cobertura del plan?	66
<i>Sección 3.1</i>	<i>Servicios no cubiertos por el plan</i>	<i>66</i>

SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos

Este capítulo se refiere a qué servicios están cubiertos: Incluye un Cuadro de beneficios que enumera sus servicios cubiertos como miembro de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1	Usted no paga nada por sus 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 sobre las reglas de los planes para obtener su atención médica).

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

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


El Cuadro de beneficios de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan. 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, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.*
- *Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que proporciona y supervisa su atención.*
- *Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación anticipada (denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación anticipada están señalados en el Cuadro de beneficios en letra cursiva.*


Otras cosas 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.


 *Verá esta manzana al lado de los servicios médicos preventivos en el Cuadro de beneficios.*



Cuadro de beneficios



Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Pruebas de detección de aneurisma de aorta abdominal</p> <p><i>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.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Acupuntura</p> <p><i>Los servicios de acupuntura médicamente necesarios tienen cobertura para el alivio del dolor, anestesia o desintoxicación por abuso de sustancias.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios de salud de día y transporte para adultos (mínimo 2 días a la semana)</p> <p><i>Servicios basados en el centro que pueden incluir servicios de enfermería y supervisión de la salud, asistencia en las actividades de la vida diaria, servicios dietéticos y nutricionales, servicios de asesoría, actividades y transporte en un establecimiento aprobado por MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Atención en hogares sustitutos para adultos (en inglés AFC) y atención en hogares sustitutos colectivos para adultos (en inglés GAFC)</p> <p>La AFC es para aquellos miembros que necesitan ayuda diaria con el cuidado 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 familias más grandes.</p> <p>La GAFC incluye los servicios de cuidado personal para los miembros elegibles con discapacidades que viven en una vivienda aprobada por la GAFC. El alojamiento puede ser una residencia con servicios de asistencia, una vivienda subvencionada o pública especialmente diseñada.</p>	<p>Copago de \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>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.</i>• <i>El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si se documenta que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte son contraindicados (es decir, pondrían en peligro la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</i> <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>Los servicios de ambulancia (incluida la ambulancia de emergencia) no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p><i>Puede obtener una visita preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p><i>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.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p> Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Una mamografía de detección cada 12 meses</i>• <i>Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses</i>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Es posible que se necesite una autorización previa.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Visita para reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p><i>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 hablarle sobre el uso de la aspirina (si es adecuado), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurar una buena alimentación.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p> Examen de enfermedades cardiovasculares</p> <p><i>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).</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p> Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>En todas las mujeres: Exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos una vez cada 24 meses.</i> • <i>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: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</i> 	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación sin límite</i> • <i>Las visitas de rutina al consultorio o los tratamientos de manipulación quiropráctica, que no sean para corregir la subluxación de la columna, se limitan a 20 visitas por año calendario.</i> <p><i>Se necesita autorización previa para cualquier servicio quiropráctico que supere el límite de 20 consultas, para servicios que no sean para corregir una subluxación de la columna que no están sujetos al límite de 20 consultas.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios de quehaceres domésticos</p> <p><i>Asistencia con tareas livianas y pesadas para ayudar a los miembros a permanecer en el hogar o promover la seguridad y salud.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario como alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prueba de sangre oculta en heces (Gfobt)• Prueba Inmunoquímica Fecal (en inglés FIT) <p>Examen de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años</p> <p>Para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen de colonoscopia (o examen de detección por enema de bario, como alternativa) cada 24 meses <p>Para personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en un plazo de 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios de compañía</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 ligeros.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios diurnos de habilitación</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>Copago de \$0</p>
<p>Atención de día para personas con demencia</p> <p>Entorno seguro y estructurado para miembros con discapacidades cognitivas aprobado por el Departamento de Asuntos de Adultos Mayores.</p>	<p>Copago de \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p><i>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) están cubiertos. Incluyen, entre otros, los siguientes servicios:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Consultas de atención de emergencia• Extracciones (quitar dientes)• Algunas cirugías orales tales como biopsias y cirugía del tejido blando• Restauraciones (rellenos)• Endodoncia (tratamiento de conductos)• Tratamiento periodontal (higiene profunda)• Coronas• Dentaduras (total, parcial o reparación)• Procedimientos quirúrgicos relacionados con dentaduras parciales o completas• Diagnósticos (exámenes y radiología)• Preventivo (limpiezas)• Otros según sean médicamente necesarios <p>Se puede exigir autorización previa para algunos servicios dentales que no son de rutina.</p> <p><i>Además, usted también recibe servicios dentales adicionales. Nuestro plan cubre hasta \$1,000 por implantes dentales por año.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p> <p><i>El reemplazo de dentaduras se limita a la cobertura una vez cada cinco años a menos que su equipo de atención primaria o proveedor de atención primaria autoricen algo distinto</i></p>
<p> Prueba de detección de la depresión</p> <p><i>Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. El examen debe realizarse en un entorno de atención primaria que ofrezca la posibilidad de realizar un tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes (DPP)</p> <p><i>Los servicios de DPP se cubren para miembros que califiquen.</i></p> <p><i>El DPP 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.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p><i>Cubrimos este examen de detección (incluidos exámenes de glucosa en ayunas) si tiene uno 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 ciertas pruebas si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener un historial familiar de diabetes.</i></p> <p><i>Según los resultados de estos exámenes, usted calificará para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p><i>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios o no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>• Suministros para controlar sus niveles de glucosa en sangre: Monitor de glucemia, tiras reactivas para determinar el nivel de glucemia, lancetas y dispositivos con lancetas y soluciones para el control de glucemia a fin de verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.</i><i>• Para personas con diabetes que tienen enfermedad de 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.</i><i>• La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta con ciertas condiciones</i>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando reciba estos servicios

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

Copago de \$0

(Busque en el Capítulo 11 de este manual la definición de “equipo médico duradero”).

Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:


- silla de ruedas,
- muletas,
- sistemas de colchones eléctricos,
- suministros para diabéticos,
- camas de hospital indicadas por un proveedor, para uso a domicilio,
- bombas de infusión IV,
- dispositivos de generación del habla,
- equipo de oxígeno,
- nebulizadores,
- andadores,
- suplementos nutricionales
- sistema de respuesta a emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS),
- elementos de ayuda ambiental
- tecnología de asistencia y adaptación
- barras de sujeción para la tina y la ducha
- sistemas de respuesta de ambulación

Incluye pero no se limita a la compra o el alquiler de equipos médicos, piezas de recambio y reparación de dichos artículos.

Se necesita autorización previa para determinados equipos y suministros médicos duraderos.

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y• Son necesarios para evaluar o estabilizar una situación de emergencia médica. <p>Una emergencia médica es cuando usted u otra persona razonable con conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran 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 un órgano o una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos por servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que por aquellos dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria luego que se estabiliza su estado de emergencia, debe volver a un hospital de la red para que su atención continúe con cobertura. O debe obtener autorización para su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red.</p>
<p>Servicios de adaptación al entorno</p> <p>Adaptaciones en el hogar, modificaciones o equipo de adaptación para ayudar a que el miembro siga siendo independiente o mejore su independencia.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Coordinación de los servicios de apoyo geriátrico</p> <p>Evaluación en el hogar y servicios de coordinación basados en el hogar prestados por un gerente de casos ASAP contratado por el plan.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios de compra/entrega de productos del supermercado</p> <p>Incluye pedido de productos del supermercado, compras, entrega y apoyo según sea necesario; puede incluir educación e información nutricional.</p>	<p>Copago de \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Comidas a domicilio</p> <p><i>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 puede incluir a miembros que fueron dados de alta del hospital con ciertas afecciones, o fueron diagnosticados recientemente con ciertas afecciones (como diabetes o insuficiencia cardíaca congestiva), por un período corto de tiempo (no más de 2 semanas), para ayudar en la transición a un estilo de vida más saludable.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Atención de una agencia de salud en el hogar</p> <p><i>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita esos servicios y ordenar que se le presten a través de una agencia de salud en el hogar.</i></p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>• Enfermería especializada y atención en el hogar a tiempo parcial o intermitente</i><i>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</i><i>• Servicios médicos y sociales</i><i>• Equipo y suministros médicos</i><i>• Otros servicios médicos cuando el plan determine que el hogar es el mejor lugar para prestar esos servicios.</i> <p><i>Se necesita autorización previa para determinados servicios de atención de agencia de salud en el hogar. No se necesita autorización previa para la evaluación inicial.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios de asistencia de salud en el hogar</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Se necesita autorización previa para los servicios de cuidado médico en el hogar.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios domésticos</p> <p><i>Incluye ayuda con las compras, planificación del menú, preparación de comidas, lavandería y tareas sencillas del hogar.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados paliativos</p> <p><i>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:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor</i>• <i>Atención de relevo de corto plazo</i>• <i>Atención en el hogar</i> <p><i>Se necesita autorización previa para los servicios de cuidados paliativos.</i></p> <p><i>El plan seguirá cubriendo servicios cubiertos por el plan que no estén relacionados con su pronóstico terminal mientras esté en cuidados paliativos. Debe comunicarse con nosotros para programar estos servicios.</i></p> <p><i>El plan cubre los servicios de consulta del centro de cuidados paliativos (solo una vez) para la persona con una enfermedad terminal que no haya optado por el beneficio de cuidados paliativos.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p> Vacunas</p> <p><i>Los vacunas cubiertas incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Vacuna contra la neumonía</i>• <i>Vacunas contra la gripe, una en cada estación en invierno y otoño, con vacunas adicionales si es médicamente necesario.</i>• <i>Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o medio de contraer hepatitis B</i>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Atención institucional a largo plazo en asilo (cuidado supervisado)</p> <p><i>Atención de personal no especializado, como ayuda con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, alimentarse, levantarse de la cama o de la silla y acostarse, movilizarse y usar el baño. También puede incluir la atención que la mayoría de las personas se presta a sí mismas, como el uso de gotas para los ojos.</i></p> <p><i>Se requiere autorización previa para la atención institucional a largo plazo en asilo.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Terapia de nutrición médica</p> <p><i>La cobertura proporcionada cuando los servicios no tienen cobertura conforme a Medicare o cuando sea médicamente necesario, como cuando el miembro no puede cumplir los requisitos nutricionales diarios utilizando solo comida debido a una lesión o enfermedad.</i></p> <p><i>Se necesita autorización previa para la Terapia de nutrición médica.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando reciba estos servicios

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados



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 inicia el día en el paciente ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización.

Copago de \$0

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- *Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)*
- *Comidas que incluyen dietas especiales*
- *Servicios regulares de enfermería*
- *Los costos de unidades de cuidados especiales (como la unidad de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios)*
- *Medicamentos y fármacos*
- *Pruebas de laboratorio*
- *Radiografías y otros servicios de radiología*
- *Suministros quirúrgicos y médicos necesarios*
- *Uso de aparatos, como sillas de ruedas*
- *Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación*
- *Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje*
- *Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes hospitalizados*

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: 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 pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del lugar de atención de la comunidad, puede optar por quedarse en el medio local siempre y cuando los proveedores locales de trasplante acepten nuestra tarifa del plan. Si Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan presta servicios de trasplante fuera del lugar de atención de su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en ese lugar, dispondremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte pertinentes suyos y de un acompañante.</i>• <i>Sangre: Incluidos su almacenamiento y administración La cobertura de sangre completa, concentrado de glóbulos rojos y otros componentes de la sangre comienza cuando se usa la primera pinta.</i>• <i>Servicios médicos</i>• <i>Atención hospitalaria de una institución religiosa de atención de la salud no médica.</i> <p>Nota: <i>Para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe extender una orden escrita para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado. 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.</i></p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren una estadía en el hospital.</i> <p><i>Se requiere autorización previa para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios de lavandería</p> <p><i>Servicios de limpieza que ofrece una empresa de lavandería.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Un médico debe indicar estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.</i></p> <p><i>Se necesita autorización previa para la terapia de nutrición médica.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Suministros médicos</p> <p><i>Incluye la cobertura de suministros como los suministros para la incontinencia y suplementos nutricionales.</i></p> <p><i>Se necesita autorización previa para determinados suministros médicos.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Evaluación nutricional</p> <p><i>Evaluación integral llevada a cabo por un nutricionista calificado con un plan nutricional basado en la evaluación.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p> Pruebas de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p><i>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.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando reciba estos servicios

Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios terapéuticos y suministros

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

Copago de \$0

- Radiografías
- Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos
- Suministros quirúrgicos, como apósitos
- Férulas, yesos y otros aparatos utilizados para la reducción de fracturas y dislocaciones
- Pruebas de laboratorio
- Sangre: Incluidos su almacenamiento y administración La cobertura de sangre completa, concentrado de glóbulos rojos y otros componentes de la sangre comienza cuando se usa la primera pinta
- Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios
- Radiología de alta calidad (TC, IRM, imágenes cardíacas nucleares, exploración TEP, etc.)
- Pruebas genéticas

Se necesita autorización previa para la radiología de alta calidad. También se necesita autorización previa para algunas pruebas diagnósticas ambulatorias (por ej., algunas pruebas genéticas) y servicios terapéuticos (por ej., radioterapia de intensidad modulada (Intensity Modulated Radiation Therapy, IMRT) y suministros).

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

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

Copago de \$0

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:


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

Nota: A menos que el proveedor cuente con una orden escrita de admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. 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, debe preguntarle al personal del hospital.




Se puede necesitar autorización previa para ciertos servicios hospitalarios ambulatorios.

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <p><i>Servicios de salud mental prestados 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></p> <p><i>Se requiere autorización previa para atención de salud mental ambulatoria después de las primeras 15 visitas. Usted debe recurrir a un proveedor de Beacon Health Strategies (Beacon). Para coordinar la atención, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-833-8125 (TTY/TDD: 711).</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Los siguientes servicios están cubiertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de fisioterapia: <i>evaluación, tratamiento y restauración al mejor funcionamiento posible o normal de los sistemas neuromuscular, musculoesquelético, cardiovascular y respiratorio.</i>• Servicios de terapia ocupacional: <i>evaluación y tratamiento de las funciones físicas afectadas de un miembro en su propio entorno.</i>• Servicios de terapia del habla y la audición: <i>evaluación y tratamiento del habla, lenguaje, voz, audición, fluidez y trastornos de deglución.</i> <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>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios por abuso de sustancias ambulatorios</p> <p><i>Se proporciona cobertura para lo siguiente:</i></p> <p><i>Consultas de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios</i></p> <p><i>Debe recurrir a un proveedor de Beacon Health Strategies (Beacon).</i></p> <p><i>Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-833-8125 (TTY/TDD: 711)</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros para pacientes ambulatorios del hospital y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: <i>Si se debe realizar una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un “paciente ambulatorio”.</i></p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa para ciertos servicios de cirugía ambulatorios.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
Artículos de venta libre (OTC) <i>Recibirá una tarjeta de débito para su uso en torno a artículos cubiertos aprobados. Esta tarjeta es prefinanciada. Se cargan fondos adicionales automáticamente cada trimestre calendario que esté inscrito en nuestro plan para usarlos con proveedores contratados.</i>	<i>Su tarjeta se cargará con \$85 por trimestre calendario. Los fondos que no sean usados por trimestre NO serán transferidos al siguiente trimestre.</i>
Servicios de hospitalización parcial <i>“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. Debe recurrir a proveedores de Beacon Health Strategies (Beacon). Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-833-8125 (TTY/TDD: 711). Se necesita autorización previa para los servicios de hospitalización parcial.</i>	<i>Copago de \$0</i>
Asistente de cuidado personal (en inglés PCA) <i>Programa dirigido por el consumidor que permite que los miembros contraten a un PCA para que les preste ayuda en las Actividades de la vida diaria (en inglés 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 (en inglés IADL) como ir de compras, lavar la ropa, preparar la comida y realizar la limpieza del hogar.</i>	<i>Copago de \$0</i>
Servicios de cuidado personal <i>Incluye bañarse, vestirse, aseo personal, cuidado de los pies, asistencia con dentaduras postizas, afeitarse, ayuda con la bacinilla, comer, movilización y traslados.</i>	<i>Copago de \$0</i>
Sistema de respuesta a emergencias personales (en inglés PERS) <i>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.</i>	<i>Copago de \$0</i>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios del médico/profesional de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Servicios médicos de atención o cirugía médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro de cirugía ambulatorio certificado, departamento de pacientes ambulatorios o cualquier otra ubicación</i>• <i>Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista.</i>• <i>Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su PCP o un especialista, si su médico los indica para saber si necesita tratamiento médico</i>• <i>Segundas y terceras opiniones</i>• <i>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</i> <p><i>Se puede necesitar autorización previa para algunos servicios prestados por su PCP u otro médico.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Medicamentos con receta</p> <p><i>El Capítulo 5, Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta, explica el beneficio de medicamentos con receta, incluso las reglas que debe respetar para que se cubran sus recetas.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios de podología</p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo).</i>• <i>Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas de las extremidades inferiores</i> <p><i>Se puede exigir autorización previa para algunos servicios de podiatría.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de la próstata</p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes, anualmente:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Examen rectal digital</i>• <i>Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)</i>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p><i>Dispositivos (excepto dentales) que sustituyen la totalidad o parte de una parte del cuerpo o función. Estos incluyen, entre otros:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>bolsas para colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía,</i>• <i>marcapasos</i>• <i>aparatos ortopédicos</i>• <i>calzado ortopédico,</i>• <i>extremidades artificiales</i>• <i>prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico) después de una mastectomía).</i> <p><i>Incluye ciertos 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.</i></p> <p><i>Se necesita autorización previa para prótesis y suministros relacionados.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Se necesita autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Atención de relevo</p> <p><i>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 colocación a corto plazo en hogares sustitutos de atención para adultos, centros de enfermería, hogares de reposo u hospitales. Además, puede darle a su cuidador un mínimo de 1 hasta un máximo de 3 días libres por año, y durante ese tiempo será asignado a la atención de relevo, hospitalizado o ambulatoria, según sea necesario.</i></p> <p><i>Se necesita autorización previa para los servicios de cuidado de relevo.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Detección y asesoría para la reducción del consumo indebido de alcohol</p> <p><i>Cubrimos una consulta para la detección del consumo indebido de alcohol en adultos que consumen alcohol de manera indebida, sin llegar a ser dependientes. Si su examen de detección del consumo excesivo de alcohol resulta positivo, puede recibir 4 sesiones de asesoría personal al año (si usted es capaz y está alerta durante la asesoría) a cargo de un médico de atención médica primaria o un profesional calificado en un establecimiento de atención médica primaria.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p><i>Para personas calificadas, se cubre una LCDT cada 12 meses.</i></p> <p>Los miembros que califican son: <i>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, que reciban una orden escrita para una LDCT durante una asesoría sobre prueba de detección de cáncer de pulmón y consulta de decisión compartida que cumpla los criterios para dichas consultas y que se haya proporcionado por un médico o practicante no médico calificado.</i></p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego de la detección inicial con LDCT: el miembro debe recibir una orden escrita para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser realizada durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional calificado que no sea un médico. Si un médico o auxiliar médico calificado decide proporcionar orientación para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas para exámenes de detección de cáncer de pulmón siguientes con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</i></p> <p><i>Se necesita autorización previa para el examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT).</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría para prevenir las ITS</p> <p><i>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para algunas personas en riesgo de contraer una ITS, siempre y cuando un médico de atención primaria indique los exámenes. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses.</i></p> <p><i>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 STI. 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.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando reciba
estos servicios

Servicios para tratar la enfermedad renal

Los servicios cubiertos incluyen:

Copago de \$0

- *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 que se encuentran en la etapa IV de una enfermedad renal crónica cuando reciben una derivación de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación en enfermedades renales de por vida.*
- *Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra provisionalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3).*
- *Tratamientos de diálisis a pacientes hospitalizados (si se lo admite en un hospital para recibir atención especial)*
- *Capacitación de autodiálisis (que incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)*
- *Suministros y equipo de diálisis en el hogar*
- *Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua)*

Servicios que están cubiertos para usted

Qué debe pagar cuando reciba estos servicios

Atención en centros de enfermería especializada (SNF)

(Busque en el Capítulo 11 de este manual la definición de “centro de enfermería especializada”). Estos centros se les conocen como “SNF”).

Copago de \$0

El plan cubre hasta 100 días de atención en un SNF por un año de beneficios. Existe cobertura a largo plazo más allá de los 100 días descritos en el beneficio de “Atención institucional a largo plazo en asilo (cuidado supervisado)” en este capítulo.


Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

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


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

- Una residencia para ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el centro proporcione atención de enfermería especializada).
- Un SNF donde su cónyuge viva al momento en que usted abandona el hospital.

Se requiere autorización previa para la atención en SNF

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Dejar de fumar y de usar tabaco (asesoría para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><i>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos asesoría para dos intentos de cese en un período de 12 meses, como un servicio preventivo gratuito. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</i></p> <p><i>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco, o toma algún medicamento que podría ser afectado por el tabaco: Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos asesorías para intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</i></p> <p><i>Medicamento de reemplazo de nicotina que incluye parches de nicotina, goma de mascar, pastillas medicinales y otros medicamentos si están recetados por su médico.</i></p> <p>Se requiere receta médica para medicamentos de reemplazo de nicotina.</p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios de atención social de día</p> <p><i>Programas individualizados de actividad social para miembros que necesitan supervisión diurna en lugares fuera del hogar.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Servicios para el tratamiento por consumo de sustancias (trastorno por consumo de sustancias)</p> <p><i>La cobertura incluye:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>• Tratamiento hospitalario</i><i>• Tratamiento ambulatorio</i><i>• Medicamentos usados para tratar la dependencia a opiáceos</i><i>• Tratamiento de acupuntura</i><i>• Servicios de apoyo clínico</i><i>• Programa ambulatorio estructurado para adicciones</i> <p><i>No se necesita autorización previa para los servicios por abuso de sustancias (trastorno por consumo de sustancias).</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p> <p><i>Usted debe recurrir 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>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p><i>La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (en inglés PAD) sintomática y tienen derivación por PAD de un médico responsable de tratamiento de PAD.</i></p> <p><i>Están cubiertas hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</i></p> <p><i>El programa SET debe:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Consistir de sesiones que duran 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de entrenamiento de ejercicios para PAD en pacientes con claudicación.</i>• <i>Realizarse en un centro hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico.</i>• <i>Ser realizados por personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios excedan los riesgos, y estén entrenados en ejercicios de terapia para PAD.</i>• <i>Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermera/enfermera especializada, que tenga entrenamiento tanto en técnicas de soporte vital básico como avanzado.</i> <p>La SET puede estar cubierta por más de 36 sesiones en 12 semanas para 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Transporte (no de emergencia) a sus citas médicas</p> <p><i>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.</i></p> <p>Una parada: <i>El plan cubrirá hasta 1 parada en el camino de regreso desde su cita médica si necesita recoger medicación o suministros/dispositivos médicos como resultado de su cita. Esta parada está limitada a 1 hora y debe disponerse antes de su cita. Puede solicitar una parada al momento de programar su transporte.</i></p> <p>El miembro debe comunicarse con Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual) para coordinar el transporte.</p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>
<p>Transporte que no es de emergencia ni médico</p> <p><i>El transporte a servicios no médicos también puede tener cobertura cuando se documenta y tiene autorización previa en el Plan de atención individual.</i></p> <p><i>El miembro debe comunicarse con Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) para coordinar el transporte.</i></p>	<p><i>Copago de \$0</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p><i>El servicio de urgencia es la atención que se proporciona para tratar una enfermedad, lesión o afección que no es de emergencia o es imprevista, o 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 estén disponibles o no fuera posible acceder a ellos temporalmente.</i></p> <p><i>Los costos compartidos por servicios de urgencia prestados fuera de la red son los mismos que los prestados dentro de la red.</i></p> <p>Los servicios de urgencia no están cubiertos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> Atención de la vista</p> <p><i>Los servicios cubiertos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Exámenes anuales de la vista</i>• <i>Capacitación de la vista</i>• <i>Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</i>• <i>En 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</i>• <i>En personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año</i>• <i>Un par de anteojos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de lentes intraoculares (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos anteojos luego de la segunda cirugía).</i> <p><i>Además, usted también recibe servicios de la vista complementarios. Nuestro plan paga hasta \$150 por año por anteojos, descrito a continuación.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Lentes de contacto</i>	<p>Copago de \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Qué debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Anteojos (armazones y lentes)• Armazones para anteojos• Lentes para anteojos (incluidas actualizaciones) <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>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 reciba esos servicios, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).</p>	Copago de \$0
Pelucas Cubiertas para miembros con diagnósticos limitados. Se necesita autorización previa para pelucas.	

SECCIÓN 3 ¿Qué tipos de servicios no tienen cobertura del plan?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan

Esta sección le informa qué servicios son servicios “excluidos”. Excluido significa que el plan no cubre esos servicios.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en el Cuadro de beneficios, o en cualquier otro lugar de esta Evidencia de cobertura, los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:

- Servicios no considerados razonables y necesarios, a menos que nuestro plan los clasifique 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). Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea considerada una necesidad médica y esté cubierta por MassHealth.

- *Habitación privada en un hospital, excepto cuando se considere una necesidad médica.*
- *Atención privada de enfermería, excepto que esté cubierta por su beneficio de MassHealth Standard (Medicaid) como atención de enfermería continua.*
- *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 conforme a 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.*
- *Procedimientos quirúrgicos o cosméticos, a menos que se deban a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con una malformación. Sin embargo, todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica, están cubiertas.*
- *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 con receta*

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta

SECCIÓN 1	Introducción	71
Sección 1.1	<i>Este capítulo describe su cobertura de medicamentos con receta</i>	71
Sección 1.2	<i>Reglas básicas para la cobertura de medicamentos con receta del plan</i>	71
SECCIÓN 2	Surta su receta médica en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	71
Sección 2.1	<i>Para que su receta médica esté cubierta, debe usar una farmacia de la red</i>	71
Sección 2.2	<i>Cómo encontrar farmacias de la red.....</i>	72
Sección 2.3	<i>Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan.....</i>	98
Sección 2.4	<i>¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....</i>	99
Sección 2.5	<i>¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?.....</i>	99
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	740
Sección 3.1	<i>La “Lista de medicamentos” indica los medicamentos que están cubiertos.....</i>	740
Sección 3.2	<i>¿Cómo puede saber si un medicamento específico se encuentra en la Lista de medicamentos?</i>	7502
SECCIÓN 4	Hay restricciones de cobertura en algunos medicamentos	7502
Sección 4.1	<i>¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?</i>	7502
Sección 4.2	<i>¿Qué tipo de restricciones?</i>	76
Sección 4.3	<i>¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?</i>	76
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea?	77
Sección 5.1.	<i>Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que usted desearía</i>	77
Sección 5.2	<i>¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene alguna restricción?.....</i>	105
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos? ...	79
Sección 6.1.	<i>La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año</i>	79
Sección 6.2	<i>¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que toma usted?..</i>	79
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> tienen cobertura del plan?.....	81
Sección 7.1	<i>Tipos de medicamentos que no cubrimos</i>	81
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica	81
Sección 8.1.	<i>Muestre su tarjeta de identificación</i>	81
Sección 8.2	<i>¿Qué sucede si no tiene consigo su tarjeta de identificación?</i>	82

Capítulo 5. Utilizar la **cobertura del plan para sus medicamentos con receta**

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos con receta en situaciones especiales..... 82

- Sección 9.1 *¿Qué sucede si está en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?82*
- Sección 9.2 *¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?111*
- Sección 9.3 *¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal de jubilados?112*

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 113

- Sección 10.1 *Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura83*
- Sección 10.2 *Programa de manejo de drogas (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opiáceos84*
- Sección 10.3 *Programa de Manejo de la terapia de medicamentos (en inglés MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos84*

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Además de su cobertura por medicamentos con receta, Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan.

- *Por lo general, el plan cubre medicamentos que le administran durante estadías cubiertas en el hospital o en un 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 estadía 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 Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan.*

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

El plan, por lo general, cubrirá sus medicamentos siempre que respete estas reglas básicas:

- *Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada para recetar) que le extienda la receta médica.*
- *Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.)*
- *Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan (nosotros lo denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, Sus medicamentos deben estar incluidos 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 Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).*

SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, debe usar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta médica solo se cubrirán si se surten en farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo le cubriríamos sus recetas surtidas en una farmacia fuera de la red.)

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta

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” implica todos los medicamentos con receta que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de farmacias, visite nuestro sitio web (www.SeniorsGetMore.org) o llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y debe volver a surtir 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 que utiliza abandona la red?

Si la farmacia a la que asiste abandona la red del plan, deberá buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual) o usar el Directorio de proveedores y farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.SeniorsGetMore.org.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- *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, los centros de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos) tienen su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de medicamentos con receta de forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC, que es generalmente la farmacia que utiliza el centro LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos con receta en un centro LTC, comuníquese con Servicios al Miembro.*
- *Farmacias que ofrecen el Servicio de salud indígena/Programa de salud tribal/urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.*
- *Farmacias que surten 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. (Tenga en cuenta: Esta situación debe ocurrir con poca 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 Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan

En ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través de pedidos por correo son medicamentos que usted

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta

toma de manera regular, para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están señalados como **“mail-order (MO)” (pedidos por correo) en nuestra Lista de medicamentos.**

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

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, se comunicará con usted para ver si desea que se suministre el medicamento inmediatamente o con posterioridad. Eso le permitirá asegurarse de que la farmacia entregue 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 usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles lo que deben hacer con la nueva receta y para evitar cualquier retraso en el envío.

Nuevos surtidos sobre recetas médicas en pedidos por correo. *Para obtener nuevos surtidos, 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, EnvisionMail al 1-866-909-5170.

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

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse 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 explica cuáles farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información puede llamar a Servicio al Miembro (los números telefónicos se encuentran impresos en la contraportada de este manual).*
- 2. En determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo del plan.** *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 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de pedido por correo.*

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?

Su receta médica puede tener cobertura en determinadas situaciones.

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se surten 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 usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias donde cubriremos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

Capítulo 5. Utilizar la **cobertura del plan para sus medicamentos con receta**

- 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 surtir su receta. Puede solicitarnos un reembolso. (La Sección 2.1 del Capítulo 6 explica cómo solicitar al plan que le pague.)

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 incluye una “Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)”. En esta Evidencia de cobertura, la llamamos de forma abreviada “Lista de medicamentos”.

Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe reunir 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 con receta). La lista de medicamentos cubiertos por MassHealth (Medicaid) está disponible en nuestro sitio web (www.SeniorsGetMore.org) o si llama 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” significa el uso de un medicamento que es ya sea:

- Aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). (Es decir, que la Administración de Drogas y Alimentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual se receta).
- -- o bien -- apoyada por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information; el DRUGDEX Information System; el USPDI o su sucesor; y, para el cáncer, la National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores.)

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.

Capítulo 5. Utilizar la **cobertura del plan para sus medicamentos con receta****Medicamentos de venta libre**

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos sin receta médica. 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 con receta.

- *En algunos casos, la ley no permite que ningún plan cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).*
- *En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento específico en nuestra Lista de medicamentos.*

Si tiene una pregunta sobre si un medicamento en especial se encuentra en esta lista, o desea solicitar una copia de la lista, visite nuestro sitio web (www.SeniorsGetMore.org) o llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual). Los medicamentos incluidos en esta lista tienen cobertura en la farmacia con una receta.

Sección 3.2	¿Cómo puede saber si un medicamento específico se encuentra en la Lista de medicamentos?
--------------------	---

Tiene dos formas de averiguarlo:

1. *Visite el sitio web del plan 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 telefónicos de Servicios al Miembro aparecen en la contraportada de este manual).*

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura en algunos medicamentos

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	--

En determinados medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para 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 le recomiendan 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 las normas y reglas de MassHealth que rigen la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente, eso significa que usted o su proveedor deberá tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción,

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta

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. Eso se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones en función de factores como la dosis, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por el proveedor de atención de la salud (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg; uno por día frente a dos por día; tabletas en vez de líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

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 en ciertos 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 proporcionarán la versión genérica.** Generalmente, no cubrimos un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica de que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma afección le dará el resultado deseado, entonces 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. Eso se conoce también como “**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 otro medicamento

*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, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no es efectivo en su caso, entonces cubriremos el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**terapia escalonada**”.*

Límites de cantidad

En determinados medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento 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.

Sección 4.3 ¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?

La lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de esas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la lista

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta

de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o consulte nuestro sitio web (www.SeniorsGetMore.org).

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente, eso significa que usted o su proveedor deberá tomar medidas 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).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea?

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

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:

- El medicamento podría no estar cubierto o quizás haya una versión genérica del medicamento que esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea 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, es posible que primero deba probar un medicamento diferente para saber si funciona, antes de cubrir el medicamento que desea tomar. O puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (número de píldoras, etc.) que está cubierto durante un período de tiempo especial. En algunos casos, es posible que desee que eliminemos la restricción.

Hay recursos que puede utilizar si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea. Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

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

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

- 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 el tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento de la manera que usted desea.

Capítulo 5. Utilizar la **cobertura del plan para sus medicamentos con receta****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, debe cumplir los dos requisitos que se indican a continuación:

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

- *El medicamento que ha estado tomando ya **no forma parte de 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. Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **En aquellos miembros que son nuevos o estaban en el plan el último año:**
*Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan si usted es nuevo, y durante los primeros **90 días** del año calendario si usted estuvo en el plan el año pasado. Este suministro temporal será por un suministro máximo de un mes <30 o 31 días>. Si su receta médica indica menos días, autorizaremos múltiples surtidos para proporcionarle hasta un máximo de <30 o 31 días> del medicamento. El medicamento recetado debe surtirse 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 los miembros que estuvieron en el plan durante más de **90 días** y residen en un establecimiento de atención 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 anterior.
- **En el caso de los miembros que estuvieron en el plan por más de **90 días** y tienen cambios en el nivel de atención en el cual pasan de un centro de tratamiento a otro y necesitan un suministro inmediato:**
Cubriremos un suministro (ambulatorio) por 30 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

Primero hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede ser eficaz para su afección. Usted puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudarle a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 5. Utilizar la **cobertura del plan para sus medicamentos con receta****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 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 informa qué hacer.

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

Sección 6.1. La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura del plan suceden 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 eliminar 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 podemos eliminar un medicamento de la lista porque se determinó 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 con un medicamento genérico.**

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que toma usted?

Información sobre cambios en la cobertura de un medicamento

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea de manera programada regularmente para incluir cualquier cambio que ocurra desde la última actualización. A continuación señalamos las veces que recibiría un aviso directo si se realizan cambios a un medicamento que toma. Para obtener más información puede llamar a Servicio al Miembro (los números telefónicos se encuentran impresos en la contraportada de este manual).

¿Lo afectan de inmediato los cambios en su cobertura de medicamentos?

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante este año:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al nombre del medicamento de marca)**

Capítulo 5. Utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta

- *Podemos quitar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por uno nuevo genérico que aparecerá en un nivel de costo compartido igual o menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar un medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos.*
- *Podríamos no avisarle con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted toma actualmente el medicamento de marca.*
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - *De vez en cuando, se puede retirar de repente un medicamento porque se determinó que no es seguro, o se quita del mercado por otro motivo. Si sucede eso, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos sobre el cambio inmediatamente.*
 - *Su proveedor también se enterará de este cambio y puede colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.*
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - *Podemos realizar otros cambios una vez que comience el año que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar el medicamento de marca, o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. Le debemos dar un aviso con por lo menos 30 días de anticipación, o darle un suministro de un mes (reabastecimiento por 30 días) del medicamento que toma en una farmacia de la red.*
 - *Durante ese período de 30 días, debe coordinar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.*
 - *O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que realice una excepción y que continúe cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Los cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que toman el medicamento: *Por cambios a la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si toma el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si se queda en el plan:*

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

Si sucede alguno de esos cambios para un medicamento que toma (pero no porque lo retiran del mercado, o un medicamento genérico reemplaza uno de marca, u otro cambio no mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga por su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es probable que no vea ninguna restricción adicional en su uso del medicamento. Este año no obtendrá un aviso directo sobre los cambios que no le afectarán. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán, y es importante que verifique cualquier cambio de medicamentos en la Lista de medicamentos del año nuevo.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta están “excluidos”. Esto significa que ni nuestro plan ni MassHealth (Medicaid) paga 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 un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.*
- *Nuestro plan normalmente no puede cubrir usos no indicados en la etiqueta. “Uso no indicado” se refiere a cualquier uso del medicamento diferente al que se indica en la etiqueta de un medicamento, según lo aprobado por la FDA.*
 - *Por lo general se permite la cobertura del “uso no indicado en la etiqueta” solo cuando está respaldado por determinados libros de referencia. Esos libros de referencia son la American Hospital Formulary Service Drug Information; el DRUGDEX Information System; y, para el cáncer, la National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, 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:

- *Medicamentos que se usan para fomentar la fertilidad*
- *Los medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento capilar*
- *Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil*
- *Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de pérdida o aumento de peso*
- *Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exija que las pruebas asociadas y los servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta*

SECCIÓN 8 **Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica**

Sección 8.1. Muestre su tarjeta de identificación

Para surtir 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 consigo su tarjeta de identificación?**

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, es posible que deba pagar el costo completo del medicamento recetado cuando lo retire. (Entonces puede solicitarnos un 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 está 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 deja el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando cumplan nuestras reglas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan 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 usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando esta forme parte de nuestra red.

Consulte su Directorio de proveedores y farmacias para averiguar 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 forma parte de nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de algún modo, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un suministro máximo de 1 mes (suministro para 31 días) según el aumento de despacho, o menos si su receta médica indica menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios). Si ha sido miembro 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 de 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 su suministro temporal se acabe. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que puede ser eficaz para su afección o 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.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal de jubilados?

*¿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 tiene empleo, la cobertura de medicamentos recetados que le ofrecemos será secundaria con respecto a la cobertura colectiva del empleador o grupo de retiro. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año su empleador o grupo de jubilados 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 tiene usted en cuanto a la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan de grupo 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 esos avisos para demostrar que ha mantenido cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable de su empleador o plan de grupo de jubilados, puede obtener una copia a través del administrador de beneficios del empleador o plan de jubilados, o del empleador o sindicato.

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

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

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

Realizamos una evaluación cada vez que usted surte una receta médica. También evaluamos regularmente nuestros registros. Durante esas 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 que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico*
- *Posibles errores en la cantidad (dosis) de medicamento que toma*

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

Sección 10.2	Programa de manejo de drogas (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opiáceos
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opiáceos recetados, u otros medicamentos que se abusan frecuentemente. Este programa se llama Programa de manejo de drogas (DMP). Si utiliza medicamentos opiáceos que obtiene de diferentes médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurar que su uso sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que está en riesgo de mal uso o abuso de sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas, podemos limitar cómo obtiene esos medicamentos. Estas limitaciones pueden ser:

- *Exigir que obtenga todos sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de una farmacia.*
- *Exigir que obtenga todos sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de un médico.*
- *Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que le cubrimos a usted.*

Si decidimos que se deben aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá la información que explica los términos de las limitaciones que creemos que deben aplicársele a usted. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si usted piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con la determinación que está en riesgo de abuso de medicamentos con receta o con la limitación, usted y su proveedor tienen el derecho de solicitarnos una apelación. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 8.

El DMP puede no aplicarse a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, o recibe atención en un centro de cuidados paliativos o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Manejo de la terapia de medicamentos (en inglés MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	---

Disponemos de un programa que puede ayudar a nuestros miembros que tengan necesidades médicas complejas. Por ejemplo, algunos miembros tienen varias afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen costos elevados de medicamentos.

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 (Medication Therapy Management, 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, sus costos 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.

Capítulo 5. Utilizar la **cobertura del plan para sus medicamentos con receta**

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 preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran impresos en la contraportada de este manual).

CAPÍTULO 6

Cómo solicitar que paguemos una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos

Capítulo 6. Cómo solicitar que paguemos una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	88
<i>Sección 1.1</i>	<i>Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o recibe una factura, puede pedirnos el pago</i>	<i>88</i>
SECCIÓN 2	Cómo solicitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que haya recibido	90
<i>Sección 2.1</i>	<i>Cómo y dónde enviar su solicitud de pago</i>	<i>90</i>
SECCIÓN 3	Tendremos en cuenta su solicitud de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa	90
<i>Sección 3.1</i>	<i>Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento.....</i>	<i>90</i>
<i>Sección 3.2.</i>	<i>Si le informamos que no pagaremos la atención médica ni el medicamento, puede presentar una apelación.....</i>	<i>91</i>

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

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

Nuestra red de proveedores le factura 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, 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 deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya pagó los servicios o medicamentos que están cubiertos por el plan, puede solicitar al plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero con frecuencia se llama "reembolsar"). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. 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.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague 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, debe pedirle al proveedor que le cobre al plan.

- *Si usted paga 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.*

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

Los proveedores de la red deben facturarle directamente al plan. Pero, en ocasiones, cometen errores y le solicitan a usted que pague.

- *Siempre que reciba una factura de su proveedor de la red, 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. Usted debe solicitar que le reembolsemos sus servicios cubiertos.*

3. Si está inscrito de manera retroactiva en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya pasó. 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. Deberá presentar documentación para que nos ocupemos del reembolso. Llame a Servicios al Miembro para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro aparecen en la contraportada de este manual).

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para recibir un medicamento recetado

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, 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 las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solo en situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información adicional). 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 de inmediato la información de inscripción que necesita, quizá usted deba pagar el costo completo del medicamento. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso.

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

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

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté 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 aplicarse 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 el medicamento.*

Consulte la Sección 3.1 (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 "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 hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones o quejas)) tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1. **Cómo y dónde enviar su solicitud de pago**

Envíenos su 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 proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de queja para solicitar el 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) o llamar a Servicios al Miembro y solicitar el formulario. (Los números telefónicos de Servicios al Miembro aparecen 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:

*Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)
Attn: Member Services
529 Main Street Suite 500
Charlestown, MA 02129
Fax: 1-617-897-0884*

Para recetas:

*Envision/Rx Options, Inc.
2181 East Aurora Road
Suite 201
Twinsburg, Ohio 44087*

Debe enviarnos su reclamo dentro del año de la fecha en que recibió el servicio, artículo o 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 haya enviado.

SECCIÓN 3 **Tendremos en cuenta su solicitud de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa**

Sección 3.1 **Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento**

Cuando recibimos 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 el servicio de 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 medicamento no están cubiertos, o que usted no cumplió todas las reglas, no pagaremos la atención o medicamento. En cambio, le enviaremos una carta que explicará los motivos por los cuales no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos de apelar dicha decisión.*

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

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o usted no está de acuerdo con el monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita 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 hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que realiza una apelación, le resultará útil comenzar a 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”. Después de leer la Sección 5, puede ir a la sección del Capítulo 8 que le explica qué hacer en su situación:

- *Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 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

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan... 125
<i>Sección 1.1</i>	<i>We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.).....94</i>
<i>Sección 1.1</i>	<i>Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).....125</i>
<i>Sección 1.1</i>	<i>Nós devemos fornecer informações de uma forma que funcione para você (em idiomas diferentes do inglês, em Braille, em caracteres grandes ou outros formatos alternativos, etc.).....126</i>
<i>Sección 1.2</i>	<i>Debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento95</i>
<i>Sección 1.3</i>	<i>Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.....127</i>
<i>Sección 1.4</i>	<i>Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal127</i>
<i>Sección 1.5</i>	<i>Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos9628</i>
<i>Sección 1.6</i>	<i>Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención98</i>
<i>Sección 1.7</i>	<i>Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....99</i>
<i>Sección 1.8</i>	<i>¿Qué puede hacer si considera que se lo está tratando injustamente o no se respetan sus derechos?100</i>
<i>Sección 1.9</i>	<i>Cómo obtener información adicional sobre sus derechos100</i>
<i>Sección 1.10</i>	<i>Paridad en la salud mental100</i>
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan..... 101
<i>Sección 2.1</i>	<i>¿Cuáles son sus responsabilidades?101</i>

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Civil Rights Coordinator.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Appeals and Grievance Department. You may also file a complaint directly with the Department of Health and Human Service's Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact our Member Services department for additional information.

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Para obtener información sobre nosotros de un modo que sea conveniente para usted, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Nuestro plan tiene personal y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También, podemos brindarle información en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos si lo necesita. Si es elegible para Medicare debido a una discapacidad, debemos brindarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted. Para obtener información sobre nosotros de un modo que sea conveniente para usted, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono 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 una queja formal a nuestro Departamento de Quejas y Apelaciones. También puede presentar una queja directamente ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 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.

Sección 1.1	Nós devemos fornecer informações de uma forma que funcione para você (em idiomas diferentes do inglês, em Braille, em caracteres grandes ou outros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Para obter informações da forma mais conveniente para você, ligue para o Serviço de Atendimento ao Membro (os números de telefone estão impressos na contracapa deste livreto).

Nosso plano tem pessoal e serviços de interpretação gratuitos disponíveis para responder às dúvidas de membros com deficiência e não falantes de inglês. Nós também podemos fornecer informações em Braille, em

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

caracteres grandes ou outros formatos alternativos sem nenhum custo caso você precise. Nós precisamos lhe dar as informações sobre os benefícios do plano em um formato que seja acessível e apropriado para você. Para obter informações da forma mais conveniente para você, ligue para o Serviço de Atendimento ao Membro (os números de telefone estão impressos na contracapa deste livreto) ou entre em contato com o nosso Coordenador de Direitos Cívicos.

Se você tiver problemas para obter as informações do nosso plano em um formato acessível e apropriado para você, ligue para apresentar uma queixa ao nosso Departamento de Recursos e Reclamações. Você também pode apresentar uma reclamação diretamente ao Escritório de Direitos Cívicos do Departamento de Saúde e Serviços Humanos. As informações de contato estão incluídas nesta Prova de Cobertura ou nesta correspondência, e você também pode entrar em contato com o nosso departamento de Serviço de Atendimento ao Membro para obter informações adicionais.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento

*Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por razones de raza, grupo étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de quejas anteriores, antecedentes médicos, información genética, evidencia de no elegibilidad para el seguro o ubicación geográfica dentro del área de servicio.*

*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 un reclamo, como un problema relacionado con el acceso para sillas de ruedas, llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

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 obtener más información sobre qué médicos aceptan nuevos pacientes (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 miembro del plan, tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan en un plazo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesita ese tipo de atención. También tiene derecho a surtir o volver a surtir sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si considera que no recibe su atención médica o medicamentos con receta en un plazo razonable, el Capítulo 8, Sección 11, de este manual le informa lo que puede hacer. (Si le denegamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 8 le informa lo que puede hacer).

Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y la información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigen estas 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 el control en cuanto a cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado “Aviso de prácticas de privacidad”, en el que se brinda información sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.*

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- *Nos aseguramos de que las personas que no tienen autorización no vean ni cambien 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 cuales no necesitamos obtener primero su permiso escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la 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 sea de rutina.

Si tiene dudas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos aparecen impresos en la contraportada de este manual).

Sección 1.5	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan, 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 necesita cualquier información de este tipo, llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos aparecen 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 sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y la clasificación del desempeño del plan, que comprende cómo lo han clasificado 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 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.*
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe cumplir al usar 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 información detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este manual, junto con la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan. Este capítulo, junto con la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario), le explica qué medicamentos están cubiertos y las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para medicamentos específicos.*
 - *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).*
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - *Si un servicio médico o un medicamento con receta 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 satisfecho o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamentos con receta tienen cobertura para usted, tiene el derecho de pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Puede presentar una apelación para solicitarnos que cambiemos la decisión. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no tiene cobertura de la manera que usted desea, consulte el Capítulo 8 de este manual. Este capítulo le brinda detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 8 también indica como presentar una queja sobre la calidad de atención, tiempos de espera y otras preocupaciones).*
 - *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 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en decisiones acerca de la atención de su salud

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.

También tiene derecho a participar plenamente 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 cualquier atención o tratamiento médico propuesto son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.*
- **El derecho a decir que “no”.** *Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda no hacerlo. 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 organismo como resultado de esta decisión.*
- **Recibir una explicación si se le deniega cobertura para la atención.** *Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha denegado atención que usted considera que debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 8 de este manual, se le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.*

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas usted 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 lo que quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, si lo desea, puede:

- **Completar un formulario escrito para otorgar a alguien la facultad jurídica necesaria para tomar decisiones por usted** si, en algún momento, no puede hacerlo usted mismo.
- **Brindarles instrucciones escritas a sus médicos** sobre la forma en que usted desea que manejen su atención médica si no puede tomar las decisiones por sí 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. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para las decisiones médicas**” son ejemplos de instrucciones por anticipado.*

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

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 elaborarlo.
- **Entregue copias a las personas correspondientes.** Deberá entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario como la elegida para tomar decisiones en su nombre cuando usted no pueda hacerlo. Le conviene entregar copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de conservar una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve consigo una copia cuando vaya al hospital.**

- Si ingresa a un hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene a la mano.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tendrá formularios disponibles y puede pedir uno si desea firmarlo.

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 denegarle atención o discriminarlo por haber firmado o no 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 Salud del Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Para presentar una queja contra un médico, llame a la Junta de registro de medicina al 781-876-8200.

Sección 1.7	Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el capítulo 8 de este manual le indica qué puede 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 presente una queja. Independientemente de lo que haga, (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja) **debemos tratarlo de manera justa.**

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

Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que se lo está tratando injustamente o no se respetan sus derechos?
--------------------	--

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).

Sección 1.9	Cómo obtener información adicional sobre sus derechos
--------------------	--

Puede obtener más información sobre sus derechos si llama a Servicios al Miembro. (Los números de teléfono figuran en la contratapa de este manual).

Sección 1.10	Paridad en la salud mental
---------------------	-----------------------------------

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención administradas, incluido Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan, presten servicios de salud conductual a los miembros de Plan de de la misma manera en la que prestan servicios de salud física. A eso se le llama “paridad”. En general, significa que:

1. *Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan debe proporcionar el mismo nivel de beneficios por cualquier problema de salud mental y abuso de sustancias (trastorno por abuso de sustancias) que pueda tener que los que tiene por otros problemas físicos que pueda tener;*
2. *Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center 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;*
3. *A pedido suyo o de su proveedor, Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan debe informarle a usted o su proveedor el criterio de necesidad médica que utiliza Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan para la autorización previa en torno a su solicitud o la de su proveedor; y*
4. *Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan también deberá proporcionarle en un plazo razonable la razón de cualquier negativa de autorización de servicios de salud mental o por abuso de sustancias (trastornos por abuso de sustancias).*

Si considera que Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan no ofrece paridad de la manera explicada anteriormente, usted tiene derecho a presentar una queja ante Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan. Para obtener más información acerca de las quejas y cómo presentarlas, consulte el Capítulo 8 de este manual.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Usted también puede presentar una queja ante MassHealth. Puede hacer esto si llama al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY/TDD: 1-800-497-4648) de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. Para obtener más información, consulte 130 CMR 450.117(J).

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 necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran 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 proporciona los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta.*
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta 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 seguir las normas establecidas por MassHealth (Medicaid) para asegurarnos de que utiliza toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios 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 sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).*
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** *Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando obtenga su atención médica o medicamentos con receta.*
- **Ayude a que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y cumpliendo con su atención.**
 - *Para ayudar a sus médicos y otros proveedores a que le proporcionen la mejor atención, obtenga tanta información 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 sepan sobre todos los medicamentos que toma, incluso 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 deben 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.*

- **Infórmenos si se muda.** *Si tiene planeado mudarse, es importante que nos lo comuniqué de inmediato. Llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran en la contraportada de este manual).*
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio del plan, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan.** *(El Capítulo 1 proporciona información acerca de nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se mudará fuera de nuestra zona de servicios. Le podemos informar si tenemos 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 membresía y saber cómo comunicarnos con usted.**
- **Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** *También aceptamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.*
 - *Los números de teléfono y horarios de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este manual.*
 - *Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.*

CAPÍTULO 8

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

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

ANTECEDENTES	140
SECCIÓN 1	Introducción 140
<i>Sección 1.1. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud</i>	<i>140</i>
<i>Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?</i>	<i>141</i>
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros..... 141
<i>Sección 2.1. Dónde obtener más información y asistencia personalizada</i>	<i>141</i>
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?..... 106
SECCIÓN 4	Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 106
<i>Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general</i>	<i>106</i>
<i>Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicite una decisión de cobertura o haga una apelación</i>	<i>107</i>
<i>Sección 4.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles sobre su situación?.....</i>	<i>107</i>
SECCIÓN 5	Su atención médica o medicamentos con receta: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 108
<i>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</i>	<i>108</i>
<i>Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que usted desea)</i>	<i>109</i>
<i>Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica o medicamento con receta tomada por nuestro plan)</i>	<i>149</i>
<i>Sección 5.4 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos una factura que recibió por atención médica?</i>	<i>114</i>
SECCIÓN 6	Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes..... 115
<i>Sección 6.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan en el proceso de quejas?</i>	<i>115</i>
<i>Sección 6.2 El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”</i>	<i>117</i>
<i>Sección 6.3 Paso a paso: Presentar una queja</i>	<i>117</i>
SECCIÓN 7	Revisión independiente de decisiones del plan realizada por el Comité de Audiencias de MassHealth 118

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 ¿Cuáles son 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 ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente, se dice “presentar una queja” en vez de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización” y “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”. También utiliza tan pocas abreviaturas como sea posible.

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

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.

Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o queja

(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para obtener más información y ayuda para tratar 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, entre las 8 a.m. y las 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-800-497-4648.
- Puede visitar el sitio web de MassHealth (Medicaid) (www.mass.gov/masshealth).

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 saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud, use este cuadro:

¿Se relaciona su problema o inquietud con sus beneficios o con su cobertura?	
<i>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.</i>	
Sí <i>Mi problema es sobre beneficios, cobertura o recibir un reembolso.</i>	No <i>Mi problema no está relacionado con los beneficios, la cobertura ni cómo recibir un reembolso.</i>
<i>Avance a la siguiente sección de este capítulo, Sección 4, “Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”.</i>	<i>Pase a la Sección 5, “Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”.</i>

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: el panorama general

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 si algo está cubierto o no y la manera en 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 le pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos decisiones de cobertura cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) por usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red de servicios lo deriva a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si le cubriremos un servicio médico en particular, o se

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

niega a proporcionar atención médica que usted cree 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.

Cómo 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 solicitarnos una revisión o modificación de la decisión de cobertura que hayamos tomado. Cuando presenta una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado 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.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicite una decisión de cobertura o haga una apelación

¿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 por usted.**
 - *Para fines de atención médica o medicamentos con receta, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o 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 ser que haya alguien que ya tenga autorización legal para actuar como su representante conforme a 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 al Miembro (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 <https://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 desee que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.*
- **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 de la asociación de abogados de su localidad u otro servicio de derivaciones. También existen grupos que le proporcionarán asistencia legal sin costo, si califica para recibirla. No obstante, **no es necesario contratar 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 sobre su situación?

Hay cuatro tipos distintos de situaciones que involucran 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*

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

- **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 al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 5 Su atención médica o medicamentos con receta: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

 **¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las 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 de atención médica y medicamentos con receta. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: Cuadro de beneficios (lo que 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, tratamiento o servicios médicos” todas las veces.

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

1. Usted no recibe determinada atención médica o medicamentos con receta que desea, y considera que nuestro plan cubre esa atención.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y usted considera que el plan cubre esa atención.
3. Ha recibido atención médica o medicamentos con receta que cree que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos esa atención.
4. Ha recibido y pagado atención o servicios médicos o medicamentos con receta que cree que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos esa atención.
5. Se le dice que la cobertura de determinados tipos de atención médica y medicamentos con receta que ha estado recibiendo y que previamente habíamos aprobado se reducirá o se dejará de dar y usted cree que reducir o detener esta atención podría dañar su salud. **¿En cuál de esas situaciones se encuentra?**

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

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

Sección 5.2**Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura****(cómo solicitar que autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que usted desea)****Términos legales**

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

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

Términos legales

*Una “**decisión rápida de cobertura**” es una “**determinación acelerada**”.*

Cómo solicitar cobertura para la atención médica o medicamentos con receta 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 la atención médica que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante.*
- *Si desea obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre la atención médica*.*

Generalmente, usamos los plazos estándar para brindarle nuestra decisión.

*Para informarle la decisión, usaremos los plazos “estándares” a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar implica que le comunicaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.***

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

- **Sin embargo, puede tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo, o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la 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 sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si su salud así lo exige, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas.**
 - Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si consideramos que hace falta alguna información que podría beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para proporcionarnos información para la evaluación. 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 sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 6 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida únicamente si solicita cobertura de atención médica o medicamentos con receta que todavía no haya recibido. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita el pago de atención médica que ya haya recibido).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida únicamente si utilizar los plazos estándares podría ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad de desempeño.
- **Si su médico nos indica que su salud exige una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos proporcionársela.**
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por sí mismo, sin el respaldo de un médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos de una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta de rechazo (y, en su lugar, usaremos los plazos 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 usted 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 hacer **si tiene un problema o queja**

(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica o medicamentos con receta y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- **Por lo general, para una decisión de cobertura rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo 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 de atención médica o medicamentos con receta que hemos acordado en un plazo de 72 horas posteriores a la fecha en la que recibimos la solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión de cobertura, autorizaremos o brindaremos la cobertura antes de que finalice ese periodo extendido.**
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué nuestra respuesta fue negativa.**

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- **Por lo general, para una decisión de cobertura estándar, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.**
 - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“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).
 - 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 extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión de cobertura, autorizaremos o brindaremos la cobertura antes de que finalice ese periodo extendido.**
- **Si nuestra respuesta es negativa para una parte o para todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué nuestra respuesta fue negativa.**

Capítulo 8. Qué hacer **si tiene un problema o queja**

(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para la atención médica, usted decide si desea 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 significa realizar otro intento de obtener la cobertura de la atención médica que desea.

Sección 5.3

Paso a paso: Cómo presentar una apelación
(cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica o medicamento con receta tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una solicitud al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica o medicamentos con receta se denomina “apelación” del 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.*
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación por escrito al enviar una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
 - Si designa a alguien, que no sea su médico, para apelar nuestra decisión en su nombre, la apelación debe incluir un formulario de Designación de representante en el que se autorice a esa persona a representarlo. Para obtener este formulario, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) y solicite el formulario de “Designación de representante”. Este formulario también está disponible en nuestro sitio web en www.SeniorsGetMore.org). Aunque podemos recibir una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre la apelación), se descartará la solicitud de apelación. Si sucede eso, 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 un plazo de 60 días calendario desde la fecha del aviso escrito 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

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

apelación. Algunos ejemplos de 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 estado de salud lo requiere, debe solicitar una “apelación rápida” (puede llamarnos para presentar una solicitud).

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

- *Si presenta una apelación de una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no haya recibido, usted o el médico deberán decidir si usted necesita una apelación rápida.*
- *Los requisitos y procedimientos para obtener una apelación rápida son los mismos que se necesitan para obtener una decisión de cobertura rápida. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se suministran más arriba en esta sección).*
- *Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le brindaremos 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 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 informaremos antes nuestra respuesta si su estado de salud así lo requiere.*
 - *Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar información adicional que podría beneficiarlo, nosotros podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales. 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 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.**

Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o queja

(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **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 el Comité 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 usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar información adicional que podría beneficiarlo, nosotros **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales.** 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 a su queja en un plazo de 30 horas. (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 anteriormente indicada (o al final del período de tiempo extendido, si es que nos tomamos días adicionales), 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 en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó, le enviaremos una explicación detallada por escrito de las razones de dicho rechazo. También se le indicará cómo puede presentar una apelación del siguiente nivel ante el Comité de Audiencias de MassHealth.**

Sección 5.4 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos una factura que recibió por atención médica?

Si usted desea solicitar el reembolso por una atención médica, comience por leer el Capítulo 6 de este manual: Cómo solicitar que paguemos una factura que haya recibido 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 nos envía la documentación en la que solicita el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener información adicional sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.2 de este capítulo). Para tomar esta decisión sobre la cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)). También verificaremos si siguió todas las reglas para usar la cobertura para atención médica (estas reglas se mencionan en el Capítulo 3 de este manual: Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos).

Aceptaremos o denegaremos 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 haya recibido en un plazo de 60 días calendario posteriores a la fecha en la que recibamos la solicitud o, si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al*

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

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 siguió 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. (El hecho de que rechazamos su solicitud de pago es lo mismo que denegar 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 solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando denegamos 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 en un plazo de 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 el Comité de audiencias imparciales revoca nuestra decisión de negar el pago, debemos enviarle a usted el pago que solicitó o al proveedor en un plazo 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 tiene que ver con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no se aplica a usted*. En cambio, debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 6.1	¿Qué tipos de problemas se abordan en el proceso de quejas?
--------------------	--

En esta sección, se explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El procedimiento de quejas se usa únicamente en 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.

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"> • ¿Está usted insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o que compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?

Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o queja

(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, atención inadecuada de servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Alguien lo trató mal o fue irrespetuoso con usted?</i> • <i>¿Está insatisfecho con la forma en la que lo trató Servicios al Miembro?</i> • <i>¿Considera que se lo está alentando a retirarse del plan?</i>
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Tiene problemas para obtener una cita o tiene que esperar demasiado tiempo para obtenerla?</i> • <i>¿Algún médico, farmacéutico u otro profesional de la salud lo ha hecho esperar mucho tiempo? ¿O por parte de nuestro personal de Servicios al Miembro u otros integrantes del personal del plan?</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Los ejemplos 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.</i>
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Está insatisfecho con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio del médico?</i>
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • <i>¿Cree que no le hemos entregado un aviso que debíamos darle?</i> • <i>¿Cree que la información escrita que le dimos es difícil de entender?</i>
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p><i>El proceso para pedir una decisión de cobertura y para presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 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.</i></p> <p><i>Sin embargo, si ya nos ha solicitado que tomemos una decisión de cobertura o ya ha presentado una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por eso. Los siguientes son algunos ejemplos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>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.</i> • <i>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.</i> • <i>Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y nos informan que debemos cubrir o reembolsarle el monto de ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican algunos plazos. Si considera que no cumplimos esos plazos, puede presentar una queja.</i> • <i>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 una queja.</i>

Sección 6.2**El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”****Términos legales**

- *Lo que en esta sección se denomina “queja” también se llama “reclamo”.*
- *Otro término para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.*
- *Otra forma de decir “usar el proceso de quejas” es “usar el proceso para presentar un reclamo”.*

Sección 6.3**Paso a paso: 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 es necesario que usted haga algo más, Servicios al Miembro se lo informará. Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-833-8125 TTY/TDD: 711 Horario de atención: Viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 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.)*
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** *Si envía el reclamo por escrito, responderemos a este reclamo 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 plazo 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 de recibir el 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.*

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

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 servida durante un servicio de atención diurna para adultos estaba 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 administración de la red de proveedores o el departamento clínico) acerca de los reclamos de servicios insatisfactorios.
 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 con Servicios al Miembro.** La queja deberá hacerse en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema por el cual desea reclamar.

Términos legales

A lo que en esta sección llamamos “**queja rápida**” también se le denomina “**reclamo acelerado**”.

Paso 2: Estudiamos su queja 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 un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el atraso es por su bien o si usted pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, le avisaremos por escrito.
- **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 o no con la queja.

SECCIÓN 7**Revisión independiente de decisiones del plan realizada por el Comité de Audiencias de MassHealth**

Si usted no está satisfecho con los resultados de su apelación interna, tiene el derecho a solicitarle a MassHealth que revise su decisión. Esto se denomina solicitar una audiencia imparcial mediante el proceso de apelación del Comité de Audiencias de MassHealth (Medicaid). A fin de lograr una apelación del Comité 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 Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan. 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.

Si su apelación fue considerada acelerada (vía 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

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

después de la fecha de envío del aviso escrito definitivo de Senior Care Options de Boston Medical Center HealthNet Plan para que su apelación se trate de manera acelerada en el Comité de audiencias. Si el Comité 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, el Comité 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 el Comité de audiencias está de acuerdo con usted, Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan cubrirá sus costos. La solicitud de audiencia imparcial más de una copia del aviso definitivo de denegación de Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Option debe enviarse a:

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.

El Comité 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. Se le notificarán esos derechos de apelación si ocurre lo anterior.

Para obtener el "Formulario de solicitud de audiencia imparcial" o para obtener más información acerca de sus derechos de apelación, puede comunicarse al Comité 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

También puede comunicarse con Servicios al Miembro de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan 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 membresía del plan

Capítulo 9. Cómo finalizar su membresía del plan

SECCIÓN 1	Introducción	1223
<i>Sección 1.1</i>	<i>Este capítulo trata el proceso de finalización de su inscripción en nuestro plan</i>	<i>1223</i>
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....	1223
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su inscripción en nuestro plan?	123
<i>Sección 3.1</i>	<i>Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan</i>	<i>123</i>
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	123
<i>Sección 4.1</i>	<i>Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan</i>	<i>123</i>
SECCIÓN 5	Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan debe finalizar su membresía al plan en ciertas situaciones	123
<i>Sección 5.1</i>	<i>¿Cuándo debemos cancelar su membresía al plan?.....</i>	<i>123</i>
<i>Sección 5.2</i>	<i>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</i>	<i>124</i>
<i>Sección 5.3</i>	<i>Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan.....</i>	<i>124</i>

SECCIÓN 1 **Introducción**

Sección 1.1 Este capítulo trata el proceso de finalización de su inscripción en nuestro plan
--

La finalización de su membresía en Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan puede ser voluntaria (su propia decisión) o involuntaria (no es su decisión):

- Podría retirarse de nuestro plan porque decidió que desea hacerlo.
 - La Sección 2 informa cuándo debemos finalizar su membresía 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 membresía de forma voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que escoja. La Sección 3 informa cuándo debemos finalizar su membresía en el plan en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no escoge dejar el plan, pero nos vemos obligados a finalizar su membresía. En la Sección 5 se informa cuáles son las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

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

SECCIÓN 2 **¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?**

Usted puede finalizar su membresía en Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan en cualquier momento.

- **¿Cuándo puede finalizar su membresía?** En cualquier momento del año.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar?** Si decide pasarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de salud:
 - Otro plan de MassHealth (SCO)
 - Un plan PACE
 - MassHealth 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 manual.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, se cancelará su membresía el primer día del mes siguiente en que recibamos su solicitud de cambio de plan. La inscripción en su nuevo plan comenzará también en este día.
- **¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?** Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo puede finalizar su membresía, puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar un formulario de cancelación de la inscripción. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su inscripción en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan
--

Por lo general, para finalizar su membresía en 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 más información sobre cómo hacer esto. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual. O*
- *Puede comunicarse con Senior Care Options (SCO) de MassHealth para obtener más información para la inscripción: 1-888-885-0484 TTY/TDD: 1-888-821-5225.*

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

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

Si usted se retira de Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan, puede tomar un tiempo antes de que su membresía termine y su nueva cobertura de MassHealth entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Hasta que su nueva cobertura comience, debe seguir recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas médicas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** *Generalmente, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se surten en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de farmacia de pedidos por correo.*
- **Si usted se encuentra hospitalizado el día que finaliza su membresía, su estadía en el hospital por general estará cubierta por nuestro plan hasta recibir el alta** *(incluso cuando reciba el alta después del comienzo de su nueva cobertura médica).*

SECCIÓN 5 Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan debe finalizar su membresía al plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía al plan?
--

Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan debe cancelar su membresía 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 tanto para MassHealth (Medicaid) estándar. Si pierde su cobertura de MassHealth (Medicaid) estándar, Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan le garantizará un mes adicional de cobertura con nuestro plan después de que pierda su cobertura de MassHealth (Medicaid). Si **no** recupera su cobertura de MassHealth Medicaid en ese período, finalizará su membresía en Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center 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*

Capítulo 9. Cómo finalizar su membresía del plan

- *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 telefónicos de Servicios al Miembro aparecen en la contraportada de este manual).*
- *Si lo encarcelan (va a prisión)*
- *Si no es ciudadano estadounidense ni tiene presencia legal en los Estados Unidos.*
- *Si miente u oculta información sobre otro seguro médico que tenga*
- *Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).*
- *Si se comporta continuamente de manera perturbadora y dificulta nuestra tarea de brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso MassHealth (Medicaid)).*
- *Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía del plan para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso MassHealth (Medicaid)).*
 - *Si cancelamos su membresía por este motivo, MassHealth (Medicaid) puede derivar su caso a investigación.*

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

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

Sección 5.2 **No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud**

Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan 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: 1-888-885-04884 TTY/TDD: 1-888-821-5225. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 **Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan**

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos indicarle nuestras razones por escrito para cancelarla. Además, debemos explicarle cómo puede efectuar un reclamo debido a nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el Capítulo 8, Sección 6 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 10

Avisos legales

Capítulo 10. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente.....	127
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	127

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Varias leyes se aplican a esta Evidencia de cobertura y algunas disposiciones adicionales podrían aplicarse porque la ley así lo establece. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento. Una de las leyes principales que se aplica a este documento es el Título XIX de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o "CMS"). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y estatales.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

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. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicaid, 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, el artículo 1557 de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, 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 considera que Senior Care Options (SCO) de Boston Medical Center HealthNet Plan lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Boston Medical Center HealthNet Plan:

*Civil Rights Coordinator
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129*

*Teléfono: 877-957-1300 (TTY/TDD 711)
Fax: 617-897-0805*

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 con receta, 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: *área geográfica en la que su plan acepta a miembros si es que limita la inscripción a los miembros que viven en dicha zona. 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 salud en el hogar: *un asistente de salud en el hogar brinda servicios que no requieren las capacidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño o vestirse). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni dan terapia.*

Atención de emergencia: *servicios cubiertos, como por ejemplo los siguientes: (1) son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, 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 están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el Cuadro de Beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el formulario.*

Cancelación de la membresía o desafiliación: *proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (decisión propia) o involuntaria (no es su decisión).*

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): *un centro que, principalmente, presta servicios de rehabilitación luego de una enfermedad o lesión, y que ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y 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 supere las 24 horas.*

Capítulo 11. Definiciones de **términos importantes**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare y Medicaid, en colaboración con agencias estatales.

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 un cuidado personal que puede proporcionarse por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, como ayuda con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, alimentarse, levantarse de la cama o de la silla y acostarse, movilizarse y usar el baño. También podría incluir la clase de atención relacionada con la salud de la que la mayoría de las personas se encarga por su cuenta, como el uso de gotas para los ojos.*

Cuidados paliativos: *atención diseñada para dar atención de apoyo a las personas en la fase final de una enfermedad terminal y enfocarse en la comodidad y la calidad de vida, más que en la cura. El objetivo es permitir que los pacientes se sientan cómodos y no sientan dolor, de forma que puedan vivir cada día lo más plenamente posible. El 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 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.*

Determinación de cobertura: *una decisión sobre si el plan le cubre un medicamento con receta. 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. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 8 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.*

Determinación de la organización: *el plan de 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.*

Emergencia: *una emergencia médica es cuando usted u otra persona razonable con conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de un órgano o una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.*

Equipo médico duradero (DME): *determinado equipo médico que ordena su médico 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: *estadía en el hospital cuando ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir 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 la cobertura (EOC) y Divulgación de información: *este documento, junto con su solicitud de inscripción y cualquier otro adjunto o cláusula adicional que explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.*

Excepción: *un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no se encuentra en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (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 solicita, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario de medicamentos).*

Farmacia de la red: *una farmacia de la red es aquella en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen contrato con nuestro plan. Por lo general, cubriremos sus recetas médicas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.*

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. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen 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.*

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 imponerse a la cantidad del medicamento que nosotros cubrimos por receta médica o por un período de tiempo definido.*

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): *una lista de medicamentos con receta 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.*

MassHealth Medicaid (o Medical Assistance): *un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas que tienen recursos e ingresos limitados. Los programas Medicaid varían de estado a estado, pero la mayor parte de costos de atención médica se cubren si usted califica para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 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 los mismos principios activos que las versiones genéricas 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 con receta que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) por contener el(los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) 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.*

Capítulo 11. Definiciones de **términos importantes**

Medicamentos cubiertos: *término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta médica que cubre nuestro plan.*

Medicare: *es el programa federal de seguro médico para las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE, o un Plan de Medicare Advantage.*

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): *una persona con MassHealth (Medicaid) que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por MassHealth (Medicaid).*

Prótesis y órtesis: *estos son dispositivos médicos que solicita el médico u otro proveedor de atención de la salud. Los artículos incluyen, pero no se limitan a, férulas para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o una función, incluidos los suministros de ostomía y la terapia entérica y parenteral.*

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 Medicaid, usted deberá consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.*

Proveedor de la red: *“proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos u otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención de la salud autorizados o certificados por Medicaid y por el Estado para brindar 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 denominarse “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. El uso de los servicios de centros o proveedores fuera de la red se describe en el Capítulo 3 de este manual.*

Queja: *el nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”. El procedimiento de quejas se usa únicamente en 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, incluido un reclamo relacionado con la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura o de pago.*

Red: *nuestra red está compuesta por nuestros proveedores de la red y farmacias de la red como se definen en esta sección.*

Capítulo 11. Definiciones de **términos importantes**

Registro centralizado de los miembros (CER): *documentación centralizada e integral, que contiene información relevante para mantener y fomentar la salud general y el bienestar cada miembro, así como información clínica con respecto de las enfermedades y afecciones médicas crónicas.*

Seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI): *un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios SSI no son los mismos que los del Seguro Social.*

Servicios al Miembro: *departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre su membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse a 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.*

Servicios de urgencia: *servicios de urgencia prestados para tratar una enfermedad o lesión que no es de emergencia o es imprevista, o una afección que exige atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia pueden proveerse por medio de 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.*

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 Senior Care Options (SCO) del Boston Medical Center HealthNet Plan

Método	Servicios al Miembro – Información de contacto
POR TELÉFONO	<p>1-855-833-8125</p> <p><i>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).</i></p> <p><i>Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</i></p>
TTY	<p>711: <i>Para llamar a este número debe contar con un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i></p> <p><i>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicios al Miembro 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).</i></p>
POR FAX	1-617-897-0884
POR ESCRITO	<p><i>Boston Medical Center HealthNet Plan Senior Care Options (SCO)</i> <i>Member Services Department</i> <i>529 Main Street, Suite 500</i> <i>Charlestown, MA 02129</i></p>
SITIO WEB	www.SeniorsGetMore.org
Método	Servicio al cliente de MassHealth (Medicaid) - Información de contacto
POR TELÉFONO	1-800-841-2900 o 617-573-1770
TTY/TDD	1-800-497-4648
	<p><i>Para llamar a este número debe contar con un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i></p>
POR ESCRITO	<p><i>MassHealth</i> <i>55 Summer Street</i> <i>Boston, MA 02110</i></p>
SITIO WEB	www.mass.gov/masshealth