Mass General Brigham
Health Plan

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2026

Manual para Miembros para 2026:

Manual para Miembros de Mass General Brigham SCO, también conocido como Evidencia de cobertura

H0777_0022PDT_C

Servicios de intérpretes en varios idiomas

English: ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats, for example large print, braille, or audio, are also available free of charge. Call **1-888-816-6000 (TTY: 711)** or speak to your provider.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin cargo. También hay disponibles, sin cargo, ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles, como letra grande, braille o audio. Llame al **1-888-816-6000 (TTY: 711)** hable con su proveedor.

Português (Portuguese): ATENÇÃO: você tem à disposição serviços gratuitos de assistência em diferentes idiomas. Além disso, estão disponíveis gratuitamente assistência e serviços auxiliares adequados para apresentar informações em formatos acessíveis, por exemplo, em letras grandes, braile ou áudio. Ligue para **1-888-816-6000 (TTY: 711)** ou fale com seu prestador.

简体中文 (Chinese Mandarin): 注意：您可享受免费语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，用于以无障碍格式（例如大字印刷文本、盲文或音频）提供信息。请拨打 **1-888-816-6000 (TTY: 711)** 或咨询您的医疗服务提供者。

繁體中文 (Chinese Cantonese): 注意：您可以使用免費的語言協助服務。另外，也可免費獲得相應的輔助工具和服務，以諸如大字印刷版、盲文版或語音版等無障礙格式了解資訊。請致電 **1-888-816-6000 (TTY: 711)**（聽語障專線: 711）或聯絡您的服務提供者。

Français (French): ATTENTION: des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles, par exemple en gros caractères, en braille ou en audio, sont également disponibles gratuitement. Appelez le **1-888-816-6000 (TTY: 711)** ou consultez votre fournisseur.

Kreyòl Ayisyen (Hatian/French Creole): ATANSYON: Gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou, pa egzanp an gwo karaktè, bray oswa odyo. Rele nan **1-888-816-6000 (TTY: 711)** oswa pale avèk founisè w la.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí được cung cấp cho quý vị. Các dịch vụ và thiết bị hỗ trợ bổ sung thích hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận, ví dụ như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh, cũng được cung cấp miễn phí. Hãy gọi **1-888-816-6000 (TTY: 711)** hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của quý vị.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

العربية (Arabic): تنبيه :خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك مجانًا .كما تتوفر مجانًا الوسائل والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يسهل استخدامها، مثل الطباعة بحروف الكبيرة أو طريقة برايل أو الصوت .اتصل على الرقم **1-888-816-6000 (TTY: 711)** أو تحدث إلى مقدم الرعاية الصحية المتابع لك.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах, например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудиоформате, также доступны бесплатно. Позвоните по телефону **1-888-816-6000 (TTY: 711)** или обратитесь к своему поставщику услуг.

!हंद% (Hindi): ध्यान दें: आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ फॉर्मेट्स में जानकारी उपलब्ध कराने के लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाएं, उदाहरण के लिए बड़े प्रिंट, ब्रेल या ऑडियो, भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। **1-888-816-6000 (TTY: 711)** पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

한국국어어 **(Korean):** 수신: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같이 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 이용할 수 있습니다. **1-888-816-6000 (TTY: 711)** 번으로 전화하거나 서비스 제공자와 상의하십시오.

Italiano (Italian): ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati servizi e supporti ausiliari per fornire informazioni in formati accessibili, ad esempio caratteri grandi, braille o audio. Chiama il numero **1-888-816-6000 (TTY: 711)** o parla con il tuo fornitore.

Ελληνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Διατίθενται για εσάς δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης. Διατίθενται επίσης δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες που παρέχουν πληροφορίες σε προσβάσιμες μορφές, για παράδειγμα μεγάλη γραμματοσειρά, μπράιγ ή ήχο. Καλέστε το **1-888-816-6000 (TTY: 711)** ή μιλήστε με τον πάροχό σας.

ែ○ឧ#រ (Khmer/Cambodian) សម្គាល់៖ មានផ្តល់ជូនដល់អ្នកនូវសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ជំនួយបន្ថែម និងសេវាបន្ថែមដែលមានលក្ខណៈសមស្រប ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មាននៅក្នុងទម្រង់ដែលអាចប្រើប្រាស់បាន ដូចជា ការព្រីនអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬសំឡេង ក៏មានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃដែរ។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-816-6000 (TTY: 711)** ឬ និយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក។

Deutsch (German): ACHTUNG: Kostenlose Sprachunterstützung steht Ihnen zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten, z. B. Großdruck, Blindenschrift oder Audio, sind ebenfalls kostenlos erhältlich. Rufen Sie **1-888-816-6000 (TTY: 711)** an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Polski (Polish): UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi w celu dostarczania informacji w dostępnych formatach, na przykład dużym drukiem, alfabetem Braille'a lub audio, są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **1-888-816-6000 (TTY: 711)** lub porozmawiaj ze swoim świadczeniodawcą.

Soomaali (Somali): FIIRO GAAR AH: Waxaad heli kartaa adeeg bilaash ah oo la xiriira taageerada luuqadda. Sidoo kale waxaa bilaash lagu heli karaa taageerada iyo adeegyo habboon oo bilaash ah kuwaasoo la xiriira helitaanka qaababka xogta macluumaadka, tusaale ahaan sida daabacaadda waaweyn, nooca daabacaadda ee loogu talo-galey indhoolayaasha, ama maqalka. Fadlan soo wac lanbarkal **1-888-816-6000 (TTY: 711)** ama la hadal bixiyaha qaabbilsan adeegga daryeelkaaga.

ગુજરાતી (Gujarati): ધ્યાન આપો: તમારા માટે નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. મોટી પ્રિન્ટ, બ્રેઇલ અથવા ઑડિઓ જેવા સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ પણ નિઃશુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.

1-888-816-6000 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Available ang mga libreng serbisyong tulong sa wika para sa iyo. Available din ang mga libreng naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang makapagbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format, halimbawa malalaking print, braille, o audio. Tumawag sa **1-888-816-6000 (TTY: 711)** makipag-usap sa iyong tagapagbigay ng serbisyo.

ພາສາລາວ (Laotian): ກະລຸນາຮັບຊາບ: ມີບໍລິການພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການເສີມທີ່ເໝາະສົມ ໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບເຂົ້າເຖິງໄດ້ ເຊັ່ນ: ຕົວອັກສອນຂະໜາດ ໃຫຍ່, ຕົວໜັງສືນູນ ຫຼື ສຽງ ກໍ່ມີໃຫ້ແບບບໍ່ເສຍຄ່າເຊັ່ນກັນ. ໂທຫາເບີ **1-888-816-6000 (TTY: 711)** ຫຼື ລົມ ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

日本語 (Japanese): 注意：無料の言語サポートサービスをご利用いただけます。大きい活字、点字、音声など、アクセスしやすい形で情報を提供するための適切な補助器具やサービスも無料でご利用いただけます。**1-888-816-6000 (TTY: 711)** までお電話いただくか、ご利用のプロバイダーにお問い合わせください。

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2026

Su cobertura de salud y medicamentos con Mass General Brigham SCO (HMO D-SNP)

Introducción *al Manual para Miembros*

Este *Manual para Miembros* le informa sobre su cobertura en virtud de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (salud conductual y trastorno por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual para Miembros*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando este *Manual para Miembros* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, hace referencia a Mass General Brigham SCO.

Este documento está disponible de forma gratuita en español y otros idiomas disponibles a pedido. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711). Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio, llamando a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.

Cuando se inscriba en el plan, le consultaremos durante la llamada de bienvenida si desea recibir la información en otro idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, como letra grande. Una vez que nos indique su preferencia, conservaremos esa información en nuestros registros para que no tenga que solicitarla nuevamente cada vez que le enviemos documentación. Si en algún momento desea cambiar su elección más adelante, también puede hacerlo. Puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al 1-888-816-6000. Esta llamada es gratuita.

Manual para Miembros de Mass General Brigham SCO 2026

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro **6**

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes **19**

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos **43**

Capítulo 4: Tabla de beneficios **65**

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos para pacientes externos **143**

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid). Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos. **167**

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos **174**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades **181**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) **193**

Capítulo 10: Cambiar o finalizar su membresía en nuestro plan **244**

Capítulo 11: Avisos legales **254**

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes **258**

Descargos de responsabilidad

- Mass General Brigham SCO es un plan de salud HMO-DSNP que tiene un contrato con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proporcionar beneficios de ambos programas a los afiliados. La inscripción en Mass General Brigham SCO depende de la renovación del contrato. Los beneficios pueden cambiar el 1.º de enero de 2027.

- Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

- Concientización sobre la recuperación de patrimonio: la ley federal exige que MassHealth (Medicaid) recupere fondos del patrimonio de ciertos miembros mayores de 55 años o de cualquier edad si reciben atención prolongada en un hogar de cuidados o institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de patrimonio de MassHealth (Medicaid), visite www.mass.gov/estaterecovery.

- La cobertura en virtud de Mass General Brigham SCO es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.

- Ni los proveedores fuera de la red ni aquellos no contratados tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. Como miembro elegible, usted no es responsable del costo de un servicio cubierto.

- Mass General Brigham SCO Senior Care Options es un plan de atención coordinada que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Mass General Brigham SCO, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), y su membresía en él. También le indica qué esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Le damos la bienvenida a Mass General Brigham SCO 8
B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid) 8
B1. Medicare 8
B2. MassHealth (Medicaid) 8
C. Ventajas de nuestro plan 9
D. El área de servicio de nuestro plan 10
E. ¿Qué requisitos lo hacen elegible para ser miembro del plan? 11
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud 11
G. Su equipo de atención y plan de atención 12
G1. Equipo de atención 12
G2. Plan de atención 12
H. Resumen de costos importantes. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos. 13
I. Este *Manual para Miembros* 14
J. Otra información importante que recibe de nosotros 14
J1. Su tarjeta de identificación de miembro 14
J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 15
J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 16
J4. La *Explicación de beneficios* 17
K. Cómo mantener actualizado su registro centralizado del afiliado 17
K1. Privacidad de la información de salud personal (PHI) 18

A. Le damos la bienvenida a Mass General Brigham SCO

Mass General Brigham SCO es un plan Senior Care Options (SCO): MassHealth (Medicaid) más el plan de Medicare. Un plan SCO está compuesto por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), proveedores de salud conductual, proveedores de servicios para trastornos por consumo de sustancias, organizaciones comunitarias que pueden ayudar con las necesidades sociales relacionadas con la salud y otros proveedores de atención médica. En un plan SCO, un coordinador de atención trabajará con usted para desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades de salud específicas. Un coordinador de atención también le ayudará a administrar todos sus proveedores, servicios y apoyos. Todos colaboran para brindarle la atención que usted necesita.

SCO es un programa administrado por Massachusetts y el gobierno federal para brindar una mejor atención médica a las personas que tienen Medicare y MassHealth (Medicaid).

B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para estas personas:

- mayores de 65 años;
- algunas menores de 65 años con ciertas discapacidades; **y**
- aquellas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) es el nombre del programa Medicaid de Massachusetts. MassHealth (Medicaid) es administrado por Massachusetts y pagado por Massachusetts y el gobierno federal. MassHealth (Medicaid) ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos extras no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- quién es elegible;
- qué servicios están cubiertos; **y**
- el costo de los servicios. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que sigan las reglas federales.

Medicare y la Mancomunidad de Massachusetts aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan siempre y cuando:

- usted es elegible para participar en SCO;
- ofrezcamos el plan en su condado; **y**
- Medicare y la Mancomunidad de Massachusetts nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth (Medicaid) de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No paga más por inscribirse en este plan de salud.**

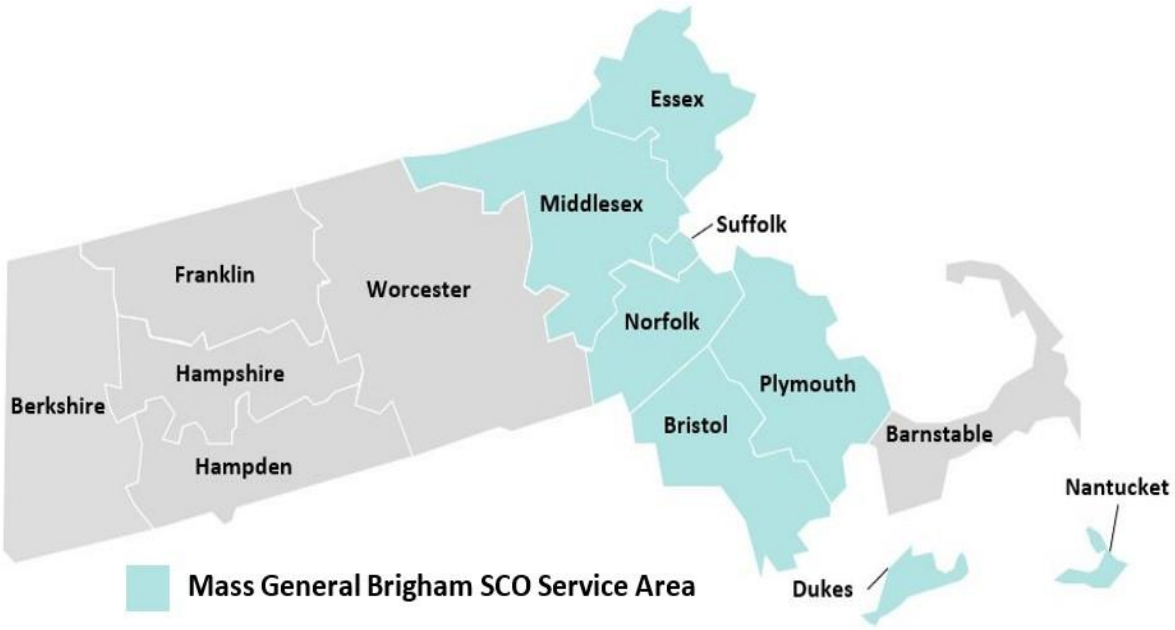
Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) funcionen mejor juntos y para usted. Entre las ventajas, se incluyen las siguientes:

- Puede trabajar con nosotros para la **mayor parte** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a conformar. Su equipo de atención puede incluir a usted mismo, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención, que es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Tiene acceso a un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (Geriatric Support Services Coordinator, GSSC). Esta es una persona que le ayudará a encontrar y recibir servicios comunitarios de atención a largo plazo, y apoyo social.
    - Tanto el coordinador de atención como el GSSC trabajan con su equipo de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención.

- Su equipo de atención y coordinador de la atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
  - Sus médicos conocen todos los medicamentos que usa para asegurarse de que está usando los medicamentos adecuados y pueden reducir cualquier efecto secundario que pueda tener por los medicamentos.
  - Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. El área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Massachusetts: Bristol, Dukes, Middlesex, Essex, Suffolk, Nantucket, Norfolk y Plymouth.



Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las implicancias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué requisitos lo hacen elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella); **y**
- tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare; **y**
- sea ciudadano estadounidense o se encuentre en los Estados Unidos de manera legal; **y**
- actualmente son elegibles para MassHealth (Medicaid) Standard, **y**
- no están inscritos en una exención de servicios en el hogar y la comunidad (Home and Community-based Services, HCBS) de MassHealth (Medicaid), con la excepción de la Exención para personas mayores con estado de salud delicado (Frail Elder Waiver, FEW); **y**
- no tenga otro seguro médico, excepto Medicare.

Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar que la recupere dentro de los 30 días, sigue siendo elegible para nuestro plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

También puede reunir los requisitos si es elegible para la Exención para personas mayores con estado de salud delicado (FEW). Para obtener información sobre el programa FEW, comuníquese con el programa SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) (TTY 1-800-439-2370).

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA), también conocida como “evaluación integral”, dentro de los 30 días de su inscripción en el plan.

Debemos hacerle una HRA. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar su información médica, de salud conductual, de estilo de vida y social, preferencias y objetivos, y necesidades funcionales.

Nos comunicaremos con usted para hacer la HRA. Podemos hacer la HRA mediante una consulta en persona en un lugar de su elección, una llamada telefónica o una consulta virtual.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

Le enviaremos más información sobre esta HRA y le proporcionaremos una descripción general durante la llamada de bienvenida del plan.

Si Mass General Brigham SCO es un plan nuevo para usted, puede seguir utilizando sus médicos y recibiendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que se completen su HRA y su plan de atención personalizado (Individualized Care Plan, ICP). Esto se denomina período de continuidad de la atención. Si está usando algún medicamento de la Parte D de Medicare cuando se inscribe en nuestro plan, puede obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento si es necesario.

Después de los primeros 90 días, deberá usar médicos y otros proveedores de la red de Mass General Brigham SCO. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el **Capítulo 3** para obtener más información sobre cómo recibir atención de las redes de proveedores.

G. Su equipo de atención y plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita y desea. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otra persona del ámbito de la salud que usted elija. Juntos, usted y su equipo de atención elaborarán su plan de atención personalizado.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita y desea. Usted recibe un coordinador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo deriva a otros recursos comunitarios que es posible que nuestro plan no proporcione y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención les informa a usted y a su equipo de atención qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios y apoyos médicos, de salud conductual y a largo plazo.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- sus objetivos personales y los resultados deseados;
- su lista de objetivos de salud, vida independiente y recuperación, así como las inquietudes que pueda tener y los pasos necesarios para abordarlas;
- los objetivos que son más importantes para usted;

- la persona que usted desea que le ayude a lograr esos objetivos;
- sus fortalezas y preferencias identificadas, y cualquier obstáculo para alcanzar sus objetivos;
- un cronograma para obtener los servicios que necesita y alcanzar sus objetivos;
- la manera en que trabajará para alcanzar sus objetivos y cómo lo ayudaremos con eso; y
- la información de contacto de su coordinador de atención.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntará sobre los servicios que necesita. También le informará sobre los servicios que quizás desee considerar recibir. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Usted estará en el centro del proceso de elaboración de su plan de atención.

Cada año, su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención en caso de que haya un cambio en los servicios de salud que necesita y desea. Su plan de atención también se puede actualizar a medida que sus objetivos o necesidades cambien a lo largo del año.

H. Resumen de costos importantes. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Nuestro plan no tiene primas. Como miembro, usted no paga ninguna prima mensual por su atención médica.

Es posible que los miembros que estén utilizando un hogar de cuidados tengan que pagar un monto pagado por el paciente para mantener su cobertura de MassHealth (Medicaid). MassHealth (Medicaid) le notificará si usted debe pagar este monto pagado por el paciente. El monto pagado por el paciente es su contribución al costo del centro de cuidados.

Si paga una prima a MassHealth (Medicaid), debe continuar pagando la prima a MassHealth (Medicaid) para mantener su cobertura.

I. Este *Manual para Miembros*

Este *Manual para Miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual para Miembros* llamando a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual para Miembros* que se encuentra en nuestro sitio web en la dirección web que aparece en la parte inferior de la página.

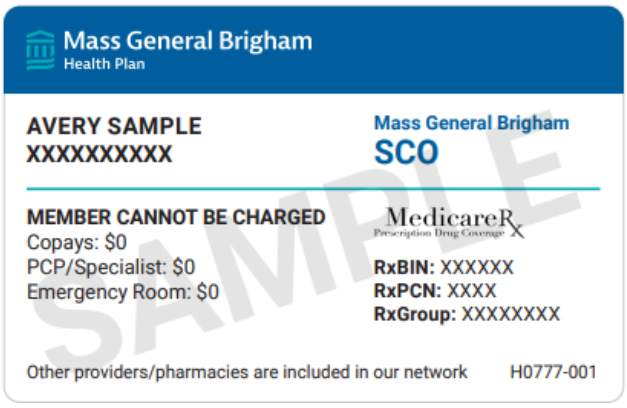
El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan entre el 1.º de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

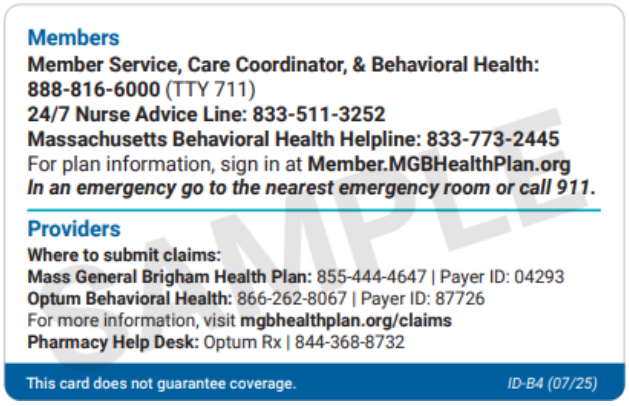
J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder al *Directorio de Proveedores y Farmacias*, una Lista de equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos* o *formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

En virtud de nuestro plan, tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluidos los servicios y apoyos a largo plazo, ciertos servicios de salud conductual y medicamentos con receta. Usted muestra esta tarjeta cuando recibe algún servicio o receta. Es una tarjeta de identificación de miembro de muestra:





Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página de inmediato. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no es necesario que use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de MassHealth (Medicaid) para obtener la mayor parte de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted puede recibir una factura. Se le puede pedir que muestre la tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. Los Directorios de proveedores y farmacias que solicite en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que aparece en la parte inferior de la página.

Nuestro sitio web y Servicios para Miembros le brindará la información más actualizada sobre nuestros proveedores de la red (esto incluye proveedores de atención primaria y de atención especializada), hospitales, farmacias de la red, hogares de enfermería especializada y otros tipos de proveedores.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen los siguientes:
    - médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica que puede usar como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de atención de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
    - agencias de atención médica a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otras personas que proporcionan bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o MassHealth (Medicaid).

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total. No tendrá que pagar más por los servicios cubiertos.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir los medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y proveedores de nuestra red.

Lista de equipos médicos duraderos (DME)

Hemos incluido nuestra lista de DME con este *Manual para Miembros*. Esta lista le indica las marcas y fabricantes de DME que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en la dirección que aparece en la parte inferior de la página. Consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los equipos de DME.

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos *Lista de medicamentos* para abreviarla. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La *Lista de medicamentos* debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos*, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Mass General Brigham SCO.

La *Lista de medicamentos* también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información.

Cada año le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*; sin embargo, pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece en la parte inferior de la página.

J4. La *Explicación de beneficios*

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)*.

La EOB le informa el monto total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usa. El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.

K. Cómo mantener actualizado su registro centralizado del afiliado

Puede mantener actualizado su registro centralizado del miembro informándonos cuándo cambia su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de tener su información correcta en nuestros registros. Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos, y sus montos de costos compartidos.** Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos. Los miembros de SCO tienen un costo compartido de $0. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Cuéntenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, o compensación laboral);
- alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico;
- admisión en un centro de enfermería u hospital;
- atención de un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted) **y**

- su participación en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna información cambia, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página o puede obtener más información en nuestro portal para miembros en https://member.massgeneralbrighamhealthplan.org/.

K1. Privacidad de la información de salud personal (PHI)

La información incluida en su registro de miembro puede incluir información de salud personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para Miembros*.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas que actúen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

Servicios para Miembros 20
B. Su coordinador de atención 23
C. Programa SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) 25
D. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 26
E. Medicare 27
F. MassHealth (Medicaid) 28
G. Ombudsman 29
H. Programa Ombudsman de atención a largo plazo 30
I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos 31
I1. Ayuda Adicional de Medicare 31
J. Seguro Social 32
K. Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 33
L. Otros recursos 34
L1. Agencias para personas mayores 35

Servicios para Miembros

LLAME AL	1-888-816-6000. Esta llamada es gratuita. Días y horarios de atención: De 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Contamos con servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con un equipo telefónico especial para realizar la llamada. Días y horarios de atención: De 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).
FAX	1-617-526-1910
ESCRIBA A	Mass General Brigham Health Plan 399 Revolution Drive Suite 875 Somerville, MA 02145
CORREO ELECTRÓNICO	HealthPlanDualsCustomerService@mgb.org
SITIO WEB	https://mgbadvantage.org/sco

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamaciones o facturación
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
    - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:

      - sus beneficios y servicios cubiertos; **o**

- el monto que pagamos por sus servicios de salud.

  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.

  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

- Apelaciones sobre su atención médica

  - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.

  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* o comuníquese con Servicios para Miembros.

- Quejas sobre su atención médica

  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).

  - Puede llamarnos y explicar su queja al 1-888-816-6000 (TTY: 711).

  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).

  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.

  - También puede llamar a My Ombudsman para obtener ayuda con **cualquier** queja o para presentar una apelación. (Consulte la **Sección G** para obtener la información de contacto de My Ombudsman).

  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos

- Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:

  - sus beneficios y medicamentos cubiertos; **o**

  - el monto que pagamos por sus medicamentos.

- Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare, medicamentos con receta de MassHealth (Medicaid) y medicamentos de venta libre de MassHealth (Medicaid).

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

- Apelaciones sobre sus medicamentos

  - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

- Quejas sobre sus medicamentos

  - Puede presentar una queja sobre nosotros o una farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.

  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).

  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.

  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

- Pago por atención médica o medicamentos que ya pagó

  - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

  - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

B. Su coordinador de atención

Cuando se convierte en miembro del plan de salud Mass General Brigham SCO, se le asignará un coordinador de atención. Esta persona será su principal punto de contacto para ayudar a coordinar todos los servicios que pueda necesitar entre su proveedor o proveedores, familiares o cuidadores, el plan de salud y otros miembros de su equipo de atención. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 para hablar con su coordinador de atención. Si necesita cambiar de coordinador de atención, llame o escriba a Servicios para Miembros al número o la dirección que figuran a continuación.

LLAME AL	1-888-816-6000 Esta llamada es gratuita. Días y horarios de atención: De 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Contamos con servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con un equipo telefónico especial para realizar la llamada. Días y horarios de atención: De 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).
FAX	1-617-526-1910
ESCRIBA A	Mass General Brigham Health Plan 399 Revolution Drive Suite 875 Somerville, MA 02145
CORREO ELECTRÓNICO	HealthPlanDualsCustomerService@mgb.org
SITIO WEB	https://mgbadvantage.org/sco

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre su atención médica;
- preguntas acerca de los servicios de salud conductual (trastorno de salud mental o por consumo de sustancias);
- preguntas sobre el transporte;
- preguntas sobre cómo obtener servicios médicos y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS);
- preguntas sobre cómo obtener ayuda con alimentos, vivienda, empleo y otras necesidades sociales relacionadas con la salud;
- preguntas sobre su plan;
- preguntas sobre aprobaciones para servicios que sus proveedores han solicitado;
- preguntas sobre los beneficios de los servicios cubiertos flexibles y cómo pueden solicitarse.

C. Programa SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Massachusetts, el SHIP se llama SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone).

SHINE es un programa estatal independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros médicos a nivel local a los beneficiarios de Medicare.

LLAME AL	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) de lunes a viernes, de 10:00 a.m. a 3:00 p.m., hora del este.
TTY	1-800-439-2370 *(solo Massachusetts)* Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
ESCRIBA A	Llame al número anterior para obtener la dirección del programa SHINE de su zona.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Comuníquese con SHINE para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre Medicare.
- Los asesores de SHINE pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a hacer lo siguiente:
    - comprender sus derechos;
    - comprender sus opciones de planes;
    - responder preguntas sobre cómo cambiar de plan;
    - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento; **y**
    - solucionar problemas con sus facturas.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

D. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Acentra Health. Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para los beneficiarios con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-319-8452
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	Acentra Health BFCC-QIO

Comuníquese con Acentra Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica.
- Cómo presentar una queja sobre la atención que recibió en estos casos:
    - tiene un problema con la calidad de la atención, como obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo;
    - cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto; **o**
    - cree que la atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

E. Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME AL	Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
CHAT EN VIVO	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Medicare PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos el costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica participantes en Medicare. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de cuidados, hospitales, médicos, agencias de atención a domicilio, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

F. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) ayuda con los costos de los servicios y apoyos a largo plazo. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en MassHealth (Medicaid). Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de MassHealth (Medicaid), la información de contacto se encuentra a continuación.

LLAME AL	1-800-841-2900
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
ESCRIBA A	MassHealth Customer Service 55 Summer Street Boston, MA 02110
CORREO ELECTRÓNICO	membersupport@mahealth.net
SITIO WEB	www.mass.gov/masshealth

G. Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con Senior Care Options (SCO). Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. El personal de My Ombudsman:

- Puede responder sus preguntas o derivarle al lugar correcto para encontrar lo que necesita.
- Puede ayudarle a abordar un problema o inquietud con SCO o su plan de SCO, Mass General Brigham SCO. El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el problema y analizará las opciones con usted para ayudar a resolver el problema.
- Puede ayudar con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitar a su plan SCO, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante dicho proceso.
- Puede llamar o escribir a My Ombudsman. Consulte el sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada sobre la ubicación y el horario de atención sin cita previa.

LLAME AL	1-855-781-9898 (número gratuito)
MassRelay y videollamada telefónica (VP)	Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con un equipo telefónico especial para realizar la llamada. Videollamada telefónica (VP): 1-339-224-6831 Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
ESCRIBA A	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4th floor Boston, MA 2111
CORREO ELECTRÓNICO	info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

H. Programa Ombudsman de atención a largo plazo

El Programa Ombudsman de atención a largo plazo ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes o sus familiares.

El Programa Ombudsman de atención a largo plazo no está conectado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	1-617-222-7495

I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

I1. Ayuda Adicional de Medicare

Dado que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), reúne los requisitos y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda Adicional”.

LLAME AL	Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
SITIO WEB	www.medicare.gov

J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
SITIO WEB	www.ssa.gov

K. Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y acceda a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Debe contar con un equipo telefónico especial para realizar la llamada. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

L. Otros recursos

Si tiene preguntas acerca de su salud:

Llame a su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP). Siga las instrucciones de su PCP para recibir atención cuando el consultorio esté cerrado. Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a la línea de enfermería de Mass General Brigham SCO. Un enfermero escuchará su problema y le dirá cómo obtener atención. (Ejemplo: atención de urgencia, sala de emergencias).

LLAME AL	Los números de la línea de enfermería de Mass General Brigham SCO son: 1-833-511-3252. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Mass General Brigham SCO también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles.
TTY	TTY 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si necesita atención de salud conductual inmediata, llame a la línea para crisis de salud conductual a nuestro Servicios para Miembros:

LLAME AL	1-888-816-6000. Las llamadas a este número son gratuitas. Mass General Brigham SCO también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles.
TTY	TTY 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

L1. Agencias para personas mayores

En Massachusetts, las siguientes agencias ofrecen ayuda a personas mayores de 60 años y a sus familias, amigos y cuidadores:

- **Puntos de acceso a servicios para personas mayores**
  - Los puntos de acceso a servicios para personas mayores (Aging Services Access Points, ASAP) son puntos de entrada de un solo paso para todos los servicios y beneficios disponibles para personas mayores en Massachusetts. Estas agencias proporcionan información, solicitudes, servicios directos y derivaciones.
- **Consejos para la Tercera Edad/Centros para Personas Mayores**
  - Los Consejos para la Tercera Edad (Councils on Aging, COA) son organizaciones locales de voluntarios que ofrecen información y servicios directos a personas mayores, sus cuidadores y otras personas con problemas relativos a la edad avanzada. Los COA forman parte del gobierno local y trabajan con otras agencias para personas mayores y departamentos de la ciudad/municipio para proporcionar programas sociales, recreativos, de salud, de seguridad y educativos para personas mayores en sus comunidades.
- **MassOptions.org** es un sitio web donde las personas mayores y sus familias pueden obtener información sobre programas y servicios para personas mayores en Massachusetts. Es un servicio de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts.

Para obtener información sobre cualquiera de estas agencias, llame a MassOptions al 1-800-243-4636 o visite su sitio web en www.massoptions.org.

NOMBRE DE ASAP	AgeSpan
LLAME AL	1-978-683-7747 1-800-892-0890
ESCRIBA A	280 Merrimack Street, Suite 400 Lawrence, MA 01843
ÁREA DE SERVICIO	Amesbury, Andover, Billerica, Boxford, Chelmsford, Danvers, Dracut, Dunstable, Georgetown, Groveland, Haverhill, Lawrence, Lowell, Marblehead, Merrimack, Methuen, Middleton, Newbury, Newburyport, North Andover, Peabody, Rowley, Salem, Salisbury, Tewksbury, Tyngsboro, West Newbury, Westford
SITIO WEB	http://www.agespan.org

NOMBRE DE ASAP	Servicios para personas mayores del centro norte de Massachusetts
LLAME AL	1-978-537-7411 1-800-734-7312
ESCRIBA A	680 Mechanic Street, Suite 120 Leominster, MA 01453
ÁREA DE SERVICIO	Ashburnham, Ashby, Ayer, Berlin, Bolton, Clinton, Fitchburg, Gardner, Groton, Hubbardston, Lancaster, Leominster, Pepperell, Princeton, Shirley, Sterling, Templeton, Townsend, Westminster, Winchendon
SITIO WEB	https://www.agingservicesma.org/

NOMBRE DE ASAP	Boston Senior Home Care
LLAME AL	1-617-292-6211
ESCRIBA A	89 South Street, Lincoln Plaza Suite 501 Boston, MA 02111
ÁREA DE SERVICIO	Boston neighborhoods of Beacon Hill, Boston, Charlestown, Dorchester, Downtown, East Boston, North End, South Boston, South Cove, West End
SITIO WEB	https://www.bshcinfo.org

NOMBRE DE ASAP	Bristol Aging & Wellness, Inc
LLAME AL	1-508-675-2101
ESCRIBA A	89 South Street, Lincoln Plaza Suite 501 Boston, MA 02111

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

ÁREA DE SERVICIO	Attleborough, Berkley, Dighton, Fall River, Freetown, Mansfield, North Attleborough, Norton, Raynham, Rehoboth, Seekonk, Somerset, Swansea, Taunton, Westport
SITIO WEB	http://www.bristolelder.org

NOMBRE DE ASAP	Central Boston Elder Services
LLAME AL	1-617-277-7416
ESCRIBA A	2315 Washington Street Boston, MA 02119
ÁREA DE SERVICIO	Boston neighborhoods of Allston, Back Bay, Boston, Brighton, Fenway, Jamaica Plain, Kenmore/Fenway, Mission Hill, Roxbury, South End
SITIO WEB	https://centralboston.org/

NOMBRE DE ASAP	Coastline Elderly Services, Inc
LLAME AL	1-508-999-6400
ESCRIBA A	863 Belleville Avenue New Bedford MA 02745
ÁREA DE SERVICIO	Acushnet, Dartmouth, Fairhaven, Gosnold, Marion, Mattapoisett, New Bedford, Rochester
SITIO WEB	https://coastlinenb.org

NOMBRE DE ASAP	Elder Services of Cape Cod and the Islands, Inc.

LLAME AL	1-508-394-4630
ESCRIBA A	68 Route 134 South Dennis, MA 02660
ÁREA DE SERVICIO	Aquinnah, Barnstable, Bourne, Brewster, Buzzards Bay, Chatham, Chilmark, Dennis, Eastham, Edgartown, Falmouth, Gay Head, Harwich, Hyannis, Mashpee, Nantucket, Oak Bluffs, Orleans, Provincetown, Sandwich, Tisbury, Truro, Wellfleet, West Tisbury, Yarmouth
SITIO WEB	http://www.escci.org

NOMBRE DE ASAP	ETHOS
LLAME AL	1-617-522-6700
ESCRIBA A	555 Amory Street Jamaica Plain, MA 02130
ÁREA DE SERVICIO	Boston neighborhoods of Jamaica Plain, Roslindale, West Roxbury, Hyde Park and Mattapan
SITIO WEB	https://www.ethocare.org/

NOMBRE DE ASAP	Greater Lynn Senior Services, Inc.
LLAME AL	1-781-599-0110
ESCRIBA A	8 Silsbee St. Lynn, MA 01901
ÁREA DE SERVICIO	Lynn, Lynnfield, Nahant, Saugus, Swampscott

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

SITIO WEB	http://www.glss.net

NOMBRE DE ASAP	HESSCO Elder Services
LLAME AL	1-781-784-4944
ESCRIBA A	545 South Street, Suite 300 Walpole, MA 02081
ÁREA DE SERVICIO	Canton, Dedham, Foxborough, Medfield, Millis, Norfolk, Norwood, Plainville, Sharon, Walpole, Westwood, Wrentham
SITIO WEB	http://www.hessco.org

NOMBRE DE ASAP	Minuteman Senior Services
LLAME AL	1-781-272-7177
ESCRIBA A	One Burlington Woods, Suite 101 Burlington, MA 01803
ÁREA DE SERVICIO	Acton, Arlington, Bedford, Boxborough, Burlington, Carlisle, Concord, Harvard, Lexington, Lincoln, Littleton, Maynard, Stow, Wilmington, Winchester, Woburn
SITIO WEB	http://www.minutemansenior.org

NOMBRE DE ASAP	Mystic Valley Elder Services, Inc.
LLAME AL	1-781-324-7705

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

ESCRIBA A	300 Commercial Street, Suite #19 Malden, MA 02148
ÁREA DE SERVICIO	Chelsea, Everett, Malden, Medford, Melrose, North Reading, Reading, Revere, Stoneham, Wakefield, Winthrop
SITIO WEB	http://www.mves.org

NOMBRE DE ASAP	Old Colony Elder Services, Inc
LLAME AL	1-508-584-1561
ESCRIBA A	144 Main St. Brockton, MA 02301
ÁREA DE SERVICIO	Abington, Avon, Bridgewater, Brockton, Carver, Duxbury, East Bridgewater, Easton, Halifax, Hanover, Hanson, Kingston, Lakeville, Marshfield, Middleborough, Pembroke, Plymouth, Plympton, Rockland, Stoughton, Wareham, West Bridgewater, Whitman
SITIO WEB	https://www.ocesma.org

NOMBRE DE ASAP	SeniorCare, Inc.
LLAME AL	1-978-281-1750
ESCRIBA A	49 Blackburn Center Gloucester, MA 01930
ÁREA DE SERVICIO	Beverly, Essex, Gloucester, Hamilton, Ipswich, Manchester-by-the-Sea, Rockport, Topsfield, Wenham
SITIO WEB	https://seniorcareinc.org

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

NOMBRE DE ASAP	Somerville/Cambridge Elder Services, Inc.
LLAME AL	1-617-628-2601
ESCRIBA A	61 Medford Street Somerville, MA 02143
ÁREA DE SERVICIO	Cambridge, Somerville
SITIO WEB	https://eldercare.org

NOMBRE DE ASAP	South Shore Elder Services, Inc.
LLAME AL	1-781-848-3910
ESCRIBA A	350 Granite Street, Suite 2303 Braintree, MA 02184
ÁREA DE SERVICIO	Braintree, Cohasset, Hingham, Holbrook, Hull, Milton, Norwell, Quincy, Randolph, Scituate, Weymouth
SITIO WEB	http://www.sselder.org

NOMBRE DE ASAP	Springwell, Inc.
LLAME AL	1-617-926-4100
ESCRIBA A	307 Waverley Oaks Rd, Suite 205 Waltham, MA 02452

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

ÁREA DE SERVICIO	Ashland, Belmont, Brookline, Chestnut Hill, Dover, Framingham, Holliston, Hopkinton, Hudson, Marlborough, Natick, Needham, Newton, Northborough, Sherborn, Southborough, Sudbury, Waltham, Watertown, Wayland, Wellesley, Westborough, Weston,
SITIO WEB	http://www.springwell.com

LLAME AL	1-508-949-6640
ESCRIBA A	10 Mill Street Dudley, MA 01571
ÁREA DE SERVICIO	Bellingham, Blackstone, Brookfield, Charlton, Douglas, Dudley, East Brookfield, Franklin, Hopedale, Medway, Mendon, Milford, Millville, North Brookfield, Northbridge, Oxford, Southbridge, Spencer, Sturbridge, Sutton, Upton, Uxbridge, Warren, Webster, West Brookfield
SITIO WEB	http://www.trivalleyinc.org

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos a través de nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (incluidos proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por los servicios que cubrimos y las reglas para ser propietario de un equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores 45
B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan 45
C. Su coordinador de atención 47
C1. Qué es un coordinador de atención 47
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención 48
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención 48
D. Atención de proveedores 48
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP) 48
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 49
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan 50
D4. Proveedores fuera de la red 51
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 52
F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias) 52
G. Cómo acceder a atención autodirigida 53
G1. Qué es la atención autodirigida 53
G2. Quién puede recibir atención autodirigida 53
G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de atención personal (si corresponde) 53
G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del equipo de atención que el miembro identifica 54
H. Servicios de transporte 54
I. Servicios dentales y de la vista 54

I1. Servicios dentales 54
I2. Servicios de la vista 55
J. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando sea necesario de urgencia o durante un desastre 55
J1. Atención en una emergencia médica 55
J2. Atención de urgencia 57
J3. Atención durante un desastre 58
K. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos? Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos. 58
K1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 58
L. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica 59
L1. Definición de un estudio de investigación clínica 59
L2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 60
L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica 60
M. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 61
M1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 61
M2. Atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 61
N. Equipo médico duradero (DME) 62
N1. Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan 62
N2. Propiedad de DME si se cambia a Original Medicare 62
N3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan 63
N4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA) 63

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con receta y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, de salud conductual y los LTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención, y tienen licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid). Esto incluye servicios de salud conductual, LTSS y medicamentos con receta y de venta libre (OTC).

Nuestro plan pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención que reciba debe incluirse en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesaria, nos referimos a que los servicios son razonables y necesarios:
  - para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
  - para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo deformada; **o**
  - médicamente necesaria de otro modo según la ley de Medicare.
- De acuerdo con la ley y la reglamentación de MassHealth (Medicaid) y según MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios en estos casos:

- Podrían calcularse razonablemente para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones que pongan en peligro su vida, le causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o provoquen una enfermedad o dolencia; **y**

- no hay otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione bien y que sea adecuado para usted y que sea menos costoso. La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con los estándares profesionalmente reconocidos de atención médica, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha necesidad y calidad médica.

- Si tiene preguntas sobre si un servicio es médicamente necesario o no, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita.

- Para los servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP)** de la red que brinda y supervisa su atención. Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor de la red para que sea su proveedor de atención primaria (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).

  - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina **autorización previa**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.

  - No necesita derivaciones ni autorización previa de su PCP para recibir atención de emergencia o atención de urgencia ni para usar un proveedor de atención médica para mujeres. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una derivación o autorización previa de su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).

- **Debe recibir atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que es posible que deba pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Estos son algunos casos en los que no se aplica esta regla:

- Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I** de este capítulo).
- Si necesita atención que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden dársela, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener una aprobación, denominada autorización previa, de Mass General Brigham SCO antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubrimos la atención sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan durante un período breve o cuando su proveedor no está disponible o no es accesible temporalmente. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Cuando se convierta en miembro del plan de salud Mass General Brigham SCO, se le asignará un coordinador de atención. Un **coordinador de atención** es una persona capacitada que trabaja con el plan de salud. Esta persona será su principal punto de contacto para ayudar a coordinar todos los servicios que pueda necesitar entre su proveedor o proveedores, familiares o cuidadores, el plan de salud y otros miembros de su equipo de atención.

La **coordinación de atención** garantiza que todos los proveedores y las personas pertinentes que deben satisfacer sus necesidades trabajen estrechamente y sin problemas en relación con los beneficios de su plan.

Todas las personas que se inscriban en un plan Senior Care Options (SCO) también tienen derecho a tener un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) en su equipo de atención.

Un GSSC trabajará con usted como miembro de su plan SCO para encontrar recursos y servicios en su comunidad que puedan apoyar sus objetivos de bienestar, independencia y recuperación. Estos servicios a veces se denominan servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Los GSSC también pueden ayudarle a acceder a recursos y servicios de salud conductual.

Los GSSC no funcionan para los planes SCO. Provienen de puntos de acceso a servicios para personas mayores (ASAP) y son expertos en áreas como la vida independiente, la recuperación y el envejecimiento. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarle a defender sus necesidades.

Puede elegir que un GSSC trabaje con usted como miembro pleno de su equipo de atención en cualquier momento. Es un servicio sin cargo.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Si necesita comunicarse con su coordinador de atención, llame a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711), de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.° de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.° de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención

A veces, es posible que los coordinadores de atención asignados no sean adecuados para sus miembros. Si esto sucede, puede solicitar un cambio llamando a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711), de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un PCP para que le brinde y administre su atención. Si necesita ayuda para seleccionar un PCP, Servicios para Miembros o su coordinador de atención pueden ayudarle.

Definición de un PCP y lo que un PCP hace por usted

Un PCP es su proveedor principal que administra su atención. Su PCP es el proveedor que usted utiliza primero para la atención de rutina regular y para la mayoría de sus problemas de salud. Un PCP puede ser un médico con licencia, un enfermero practicante o un asistente médico. Un especialista en salud de la mujer, incluido su ginecólogo, puede ser su PCP si el especialista cumple con los requisitos estatales y está capacitado para prestar servicios de medicina general integral.

Su PCP es responsable de coordinar su atención, como parte de su equipo de atención. Trabajará estrechamente con su coordinador de atención. Algunos servicios requieren autorización previa antes de que pueda recibirlos o si necesita ver a un proveedor fuera de la red. Su PCP sabe cómo trabajar con el plan de salud Mass General Brigham SCO para presentar solicitudes en su nombre para su aprobación cuando los servicios o proveedores sean necesarios y requeridos. Nuestro plan no requiere derivaciones de su PCP para que usted busque atención.

Su elección de PCP

Todos los miembros del plan de salud Mass General Brigham SCO deben tener un PCP dentro de la red. Dentro de los primeros 90 días, trabajaremos con usted para elegir un PCP dentro de la red si aún no tiene uno. Si no identifica ni selecciona un PCP dentro de los primeros 90 días de la inscripción, le asignaremos uno dentro de la red. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información o ayuda para elegir un PCP al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

Opción para cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. También es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red. Los cambios en su asignación de PCP entrarán en vigencia el primer día del mes a partir de la fecha de la solicitud.

Si su PCP abandona nuestra red o planea abandonar nuestra red, se lo informaremos por correo o teléfono. Su coordinador de atención o nuestro Departamento de Servicios para Miembros le ayudarán a encontrar y elegir otro PCP. Para obtener información sobre cómo encontrar un nuevo PCP o ayuda para elegir un nuevo PCP, llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas, por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen afecciones óseas, articulares o musculares.

Como miembro de Mass General Brigham SCO, usted no tiene la obligación de obtener una autorización previa de su PCP para consultar a un especialista, aunque es bueno que mantenga a su PCP informado y al tanto de la atención que recibe de especialistas, para que el PCP pueda ayudar en caso de que sea necesario. La selección de su PCP no afectará a los especialistas a los que pueda acudir.

Para algunos servicios, es posible que su PCP u otros proveedores contratados deban obtener la aprobación previa de nuestro plan. (A esto se le denomina obtener una "autorización previa". Los servicios que requieren autorización previa se encuentran marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4). También puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página. Su PCP u otros proveedores contratados son responsables de solicitar la aprobación antes de prestar los servicios.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red cuyos servicios usted use puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo las terapias o los tratamientos médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.

- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. La atención de un proveedor fuera de la red debe obtener la autorización previa de Mass General Brigham SCO antes de que solicite dicha atención.
- Si se entera de que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos gestionando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja formal sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red. Si necesita consultar a un proveedor fuera de la red, debemos aprobar esto mediante autorización previa antes de que el proveedor le preste servicios. Su proveedor sabe cómo solicitarnos esta aprobación. Existen algunas excepciones en las que puede recibir atención fuera de la red sin autorización previa:

- Cubrimos la atención de emergencia y urgencia de proveedores fuera de la red.
- Cubrimos la atención que recibe cuando se encuentra en el período de continuidad de la atención de 90 días al comienzo de su inscripción en nuestro plan.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o MassHealth (Medicaid).

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o MassHealth (Medicaid).
- Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Como miembro de SCO, los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son servicios disponibles para usted que le ayudan a seguir viviendo de manera independiente en su hogar y en la comunidad. Los servicios y apoyos a largo plazo están destinados a personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar alimentos y tomar medicamentos. Se le asignará un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) para respaldar la identificación y prestación de LTSS. El GSSC trabajará en estrecha colaboración con su coordinador de atención y equipo de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

GSSC no trabaja para los planes SCO. Provienen de puntos de acceso a servicios para personas mayores (ASAP) y ayudan a los adultos mayores y a las personas con discapacidades a acceder a los servicios para vivir de manera segura e independiente en la comunidad. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarle a defender sus necesidades.

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

Los servicios de salud conductual son una amplia gama de servicios que satisfacen sus necesidades de salud conductual y trastornos por consumo de sustancias. Su coordinador de atención, PCP, equipo de atención o GSSC pueden ayudarle a acceder a los servicios de salud conductual. El plan de salud Mass General Brigham trabaja con Optum Behavioral Health para ofrecer servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias). El asesoramiento y el tratamiento psiquiátrico de pacientes internados son ejemplos de servicios de salud conductual. Su Lista de servicios cubiertos incluye una lista completa de servicios de salud conductual cubiertos.

Puede elegir cualquier proveedor que esté dentro de la red de Mass General Brigham Health Plan/Optum. Puede cambiar de proveedor de salud conductual por cualquier motivo y en cualquier momento.

Puede encontrar un proveedor de salud conductual en el Directorio de proveedores de Mass General Brigham Health Plan en MassGeneralBrighamHealthPlan.org. Su coordinador de atención, PCP u otro miembro de su equipo de atención también pueden ayudarle a encontrar un proveedor o a programar una cita.

G. Cómo acceder a atención autodirigida

G1. Qué es la atención autodirigida

La atención autodirigida es un tipo de atención disponible para usted, que reconoce que usted conoce mejor sus necesidades y le brinda un control más directo sobre cómo satisfacer sus necesidades a través de la contratación de un asistente de cuidado personal (personal care attendant, PCA). Los servicios de un PCA apoyan sus actividades de la vida diaria y le ayudan a seguir siendo independiente y en la comunidad. Usted no paga ningún costo adicional por participar en el programa de atención autodirigida y por contratar un PCA.

G2. Quién puede recibir atención autodirigida

El programa de atención autodirigida apoya a los miembros con discapacidades y que viven de manera independiente o que tienen necesidades especiales de atención médica. Las personas que cumplen con ciertos criterios de elegibilidad funcionales y clínicos para los servicios de atención personal pueden elegir usar el programa de PCA para satisfacer estas necesidades. Su coordinador de atención y equipo de atención trabajarán con usted para ayudarle a decidir si estos servicios y programas son adecuados para usted. Puede formar parte de su plan de atención personalizado (ICP). Su coordinador de atención puede ayudarle a acceder a las agencias de administración de atención personal (Personal Care Management, PCM) para ayudarle a encontrar la atención que necesita. Su equipo de atención aprobará la cantidad de servicios para los que es elegible y de conformidad con los estándares de MassHealth (Medicaid).

G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de atención personal (si corresponde)

Pídale a su coordinador de atención de su equipo de atención que le ayude a acceder a recursos que respalden los PCA. Pueden ayudarle a acceder a agencias de administración de atención personal que apoyan la educación y capacitación en habilidades laborales. Estas agencias le ayudarán a obtener los conocimientos para respaldar mejor la gestión de un PCA para ayudar a satisfacer sus necesidades individualizadas.

G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del equipo de atención que el miembro identifica

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información al número que figura en la parte inferior de la página.

H. Servicios de transporte

Como miembro de Mass General Brigham SCO, usted tiene un beneficio para acceder a servicios de transporte médico de emergencia, servicios de transporte médico que no es de emergencia y servicios de transporte no médico que no son de emergencia. El acceso a este transporte lo ayuda con las visitas a sus citas médicas, y también con los viajes a servicios comunitarios y actividades que apoyan sus objetivos del plan de atención personalizado (ICP), para que siga siendo independiente en la comunidad (p. ej., tiendas de comestibles, farmacias, etc.). Su equipo de atención se asegurará de que sus necesidades de transporte se registren en su plan de atención personalizado y su coordinador de atención puede ayudarle a acceder a estos servicios. Puede encontrar más información sobre los **servicios de transporte** en el **Capítulo 4**. NOTA: Los viajes no médicos que no sean de emergencia están limitados a 50 millas desde la recogida hasta el destino.

I. Servicios dentales y de la vista

I1. Servicios dentales

Nuestro plan ofrece servicios dentales preventivos e integrales a través de nuestro socio DentaQuest. Debe utilizar un proveedor participante de DentaQuest para que se cubran los servicios dentales. Los servicios dentales cubiertos están cubiertos y se pueden encontrar en Servicios dentales en el Capítulo 4 de este *Manual para Miembros*. Se requiere autorización previa para algunos servicios. Para obtener más información sobre los beneficios dentales, llame a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711), de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

Para encontrar un proveedor participante de DentaQuest, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco y luego haga clic en la sección “miembros”.

I2. Servicios de la vista

Nuestro plan cubre la atención de la vista, preventiva y de rutina, de un oftalmólogo u optometrista a través de nuestro socio EyeMed. Debe utilizar un proveedor participante de EyeMed para que los servicios de la vista estén cubiertos.

Cubrimos un examen de la vista y anteojos una vez cada 12 meses. El plan cubre una asignación anual de $200 para usar en anteojos y lentes. Consulte Servicios de la vista en el Capítulo 4 de este *Manual para Miembros* para obtener más detalles.

Para encontrar un proveedor EyeMed participante, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco y luego haga clic en la sección “miembros”. Para obtener más información sobre los beneficios de la vista, llame a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711), de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

J. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando sea necesario de urgencia o durante un desastre

J1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como una enfermedad, un dolor intenso, una lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podrían esperar que tenga como resultado lo siguiente:

- riesgo grave para su vida; **o**
- pérdida o daño grave a las funciones corporales; **o**
- pérdida de una extremidad o función de una extremidad.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. **No** es necesario obtener primero la aprobación o la remisión de su PCP. No necesita usar un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, de cualquier proveedor que tenga la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Hacemos el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Sin embargo, no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Tras una emergencia, llame a Servicios para miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711), de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Puede encontrar nuestra información de contacto en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre su atención de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Ni nuestro plan ni Medicare cubren la atención y los servicios de emergencia que usted recibe fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica. Continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Qué hacer si tiene una emergencia de salud conductual

Si tiene una emergencia de salud conductual, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano. También puede llamar al Centro Comunitario de Salud Conductual (CBHC) de su área. El CBHC le ayudará a decidir si necesita ir a un hospital o puede recomendar otros servicios de salud conductual. Puede encontrar más información sobre los servicios del CBHC aquí https://www.mass.gov/community-behavioral-health-centers.

También puede comunicarse con la línea de ayuda de Massachusetts Behavioral Health al 1-833-773-2445 y visitar el sitio web en www.masshelpline.com.

Qué sucede si recibe atención de emergencia y no fue una emergencia

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica o de salud conductual. Puede acudir para recibir atención de emergencia y el médico dice que no fue realmente una emergencia. Cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubrimos su atención extra solo en estos casos:

- Usted usa un proveedor de la red **o**
- la atención extra que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

J2. Atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención que recibe para una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, podría tener una exacerbación de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia solo en estos casos:

- Recibe esta atención de un proveedor de la red **y**
- sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable llegar a un proveedor de la red, dado su tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red.

Hay varias maneras de acceder a los servicios de urgencia. Considere las siguientes opciones si cree que necesita atención de urgencia:

1. Llame a su PCP o a su proveedor de salud conductual. Su proveedor calificará sus inquietudes y le indicará qué debe hacer a continuación.

2. Vaya a un centro de atención de urgencia cerca de su hogar. Algunos centros permiten consultas sin cita previa. Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.

3. Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería al 1-833-511-3252. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

4. Hable con su equipo de atención. Su equipo de atención está a su disposición para ayudarle con sus necesidades de salud.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que recibe de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan no cubre la atención de urgencia ni ninguna otra atención que usted reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

J3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de Massachusetts, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado o estado de emergencia: https://mgbadvantage.org/sco.

Durante un desastre o estado de emergencia declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre o estado de emergencia declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información.

K. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos? Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Si pagó servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros* para saber qué hacer.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el dinero.

K1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se consideren médicamente necesarios **y**

- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*), **y**
- que obtiene al seguir las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total**.

Si desea saber si cubrimos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntárnoslo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le informa cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Cubrimos algunos servicios hasta un determinado límite. Si supera el límite, pagará el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuántos de sus beneficios ha utilizado.

L. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

L1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita voluntarios para participar en él. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios en virtud de determinaciones de cobertura nacionales (national coverage determinations, NCD) que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (coverage with evidence development, CED) y estudios de excepción a los dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica cubierto por Original Medicare para los afiliados, le recomendamos a usted o a su coordinador de atención que se comunique con Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

L2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Si forma parte de un estudio que Medicare **no ha** aprobado, usted los costos por participar en el estudio.

L3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare y estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

M. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

M1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un lugar que provee atención que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.

Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A de Medicare (servicios de atención sanitaria no médica).

M2. Atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal que diga que se opone en conciencia a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” corresponde a la atención o al tratamiento que son **voluntarios y no son obligatorios** según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” corresponde a la atención o al tratamiento médico que **no son voluntarios y que son obligatorios** según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le otorga en un centro:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro; de lo contrario, su estadía **no** estará cubierta.

No hay limitaciones de días para este beneficio. Para obtener más información, consulte la Sección D del Capítulo 4.

N. Equipo médico duradero (DME)

N1. Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos médicamente necesarios con receta por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (i.v.), dispositivos para la generación del habla, suministros y equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será el propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis.

Sin embargo, hay otros tipos de DME que debe alquilar. Como miembro de nuestro plan, por lo general, **no será** el propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuánto tiempo los alquile.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de la página para obtener más información.

Aunque haya tenido un DME durante un máximo de 12 meses consecutivos en virtud de Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no será** el propietario del equipo.

N2. Propiedad de DME si se cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de tenerlo durante más de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser propietarios.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos en virtud de Original Medicare, o tendrá que hacer la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan MA, para ser propietario del artículo de DME si:

- no se convirtió en propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan **y**
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o un plan MA.

Si realizó pagos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare o un plan MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos a Original Medicare o al plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de abandonar nuestro plan**.

- Tendrá que realizar 13 pagos nuevos consecutivos en virtud de Original Medicare o una serie de pagos nuevos consecutivos establecidos por el plan MA para ser propietario del artículo de DME.
- No hay excepciones a esta regla cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA.

N3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, cubrimos lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.

N4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de que lo alquile durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar lo siguiente:

- equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses;
- equipos y suministros de oxígeno durante un máximo de 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.

- Usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Su proveedor luego proporciona el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá, al menos, lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su nuevo plan de MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos 66
B. Normas contra los proveedores que le cobran por los servicios 66
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan 66
D. Tabla de beneficios de nuestro plan 69
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 140
E1.Servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) con pago por servicio 140
E2. Servicios de agencias estatales 140
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o MassHealth (Medicaid) 140

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Dado que obtiene ayuda de MassHealth (Medicaid), usted no paga sus servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* para obtener detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711), de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

B. Normas contra los proveedores que le cobran por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios cubiertos de la red. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior al que cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si lo hace, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros* o llame a Servicios para Miembros.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le informa los servicios que paga nuestro plan. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Cubrimos los servicios enumerados en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla los requisitos descritos a continuación.

- Proporcionamos servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid) de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Los servicios —que incluyen la atención médica, los servicios de salud conductual y de trastornos por consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros médicos, el equipo médico duradero y los medicamentos— deben ser “médicamente necesarios”. Los servicios médicamente necesarios describen los servicios que son razonables y necesarios:
    - para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión, o

  - para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado, o
  - médicamente necesarios de otro modo según la ley de Medicare.
- De acuerdo con la ley y la reglamentación de MassHealth (Medicaid) y según MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios en estos casos:
  - Podrían calcularse razonablemente para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones que pongan en peligro su vida, le causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o provoquen una enfermedad o dolencia; y
  - No hay otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione bien y que sea adecuado para usted y que sea menos costoso.
- La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con los estándares profesionalmente reconocidos de atención médica, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha necesidad y calidad médica.

- Para los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días, es posible que no le pidamos que obtenga una aprobación por adelantado para cualquier ciclo de tratamiento activo, incluso si el ciclo de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con MGBHP. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. El **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* tiene más información sobre cómo utilizar proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención.
- Cubrimos algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación primero. Esto se denomina autorización previa (AP). En la Tabla de beneficios, marcamos en negrita los servicios cubiertos que necesitan una AP.
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de AP para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar perturbaciones en la atención de conformidad con los criterios de cobertura, su historial médico y la recomendación del proveedor que lo atiende.

- Algunos de los servicios de las Tablas de beneficios están cubiertos solo si usted y su equipo de atención deciden que son adecuados para usted y están documentados en su Plan de atención personalizado (ICP).
- Algunas categorías de servicios en la Tabla de beneficios incluyen muchos tipos de procedimientos, consultas o servicios. Indicaremos que una categoría de servicio **puede requerir autorización previa** si no todos los procedimientos, las consultas o los servicios dentro de esa categoría requieren autorización previa. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711) para determinar si su procedimiento, consulta o servicio específico requiere autorización previa cuando vea que **puede requerirse autorización previa**.
- Si se encuentra dentro del período de 30 días de supuesta elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage y MassHealth (Medicaid). Durante este tiempo, le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medicaid. Si recupera la elegibilidad para MassHealth (Medicaid) después de que cancelemos su inscripción en nuestro plan, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍎muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto		Lo que paga
	Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Cubrimos una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una orden de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Servicios de aborto Los servicios de aborto están cubiertos por el beneficio estatal de MassHealth (Medicaid).	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Acupuntura Cubrimos los servicios de acupuntura: • para tratar el dolor; • como parte del tratamiento de trastornos por consumo de sustancias; y • para evaluaciones relacionadas y consultas en consultorio para la planificación del tratamiento. Se necesita aprobación previa después de 20 tratamientos de acupuntura por año para el tratamiento del dolor o de trastornos por consumo de sustancias. Su proveedor también puede cambiar o interrumpir su plan de tratamiento si usted no mejora después de los primeros 4 tratamientos. Para el dolor lumbar crónico, pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días. El dolor lumbar crónico tiene estas características: • de 12 semanas de duración o más; • no es específico (no tiene causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está relacionado con una cirugía **y** **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 No se necesita autorización previa para 20 consultas cuando un proveedor dentro de la red proporciona el servicio. **Se necesita autorización previa después de la consulta 20.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Acupuntura (continuación) • No está relacionado con un embarazo. También pagaremos ocho sesiones extras de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra una mejora en las primeras 12 consultas. Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM). • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios diurnos de salud para adultos El plan cubre servicios de proveedores de atención diurna para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • Servicios de enfermería y supervisión de la salud. • Terapia. • Asistencia con actividades de la vida cotidiana. • Servicios nutricionales y dietéticos. • Servicios de asesoramiento. • Actividades. • Administración de atención. • Transporte.	$0 **Se necesita autorización previa.**
	Servicios de cuidado temporal para adultos El plan cubre servicios de proveedores de cuidado temporal para adultos en un entorno residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • Asistencia con actividades de la vida diaria, actividades prácticas de la vida diaria y cuidado personal. • Supervisión. • Supervisión de enfermería.	$0 **Se necesita autorización previa.**
	Examen de detección y asesoramiento por abuso de alcohol Cubrimos el examen de detección de abuso de alcohol. Si el resultado del examen de detección de abuso de alcohol es positivo, cubrimos sesiones de asesoramiento con un proveedor de atención primaria (PCP) o un profesional calificado en un entorno de atención primaria.	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios terrestres y aéreos (avión y helicóptero) y de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Debemos aprobar los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia). En casos que no sean emergencias, es posible que paguemos una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia de emergencia no están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios de ambulancia de emergencia proporcionados por un proveedor dentro o fuera de la red. **Se necesita autorización previa para servicios de ambulancia de Medicare que no sean de emergencia.**
	Examen físico anual El examen físico anual es un examen integral en persona proporcionado por un PCP, enfermero practicante o asistente médico. El examen evalúa sus antecedentes médicos e incluye un examen físico exhaustivo. Esta consulta es diferente de la consulta anual de bienestar.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Consulta anual de bienestar Puede realizarse un chequeo anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Cubrimos una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta de **Bienvenida a Medicare**. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de **Bienvenida a Medicare** para acceder a las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Servicios de audiólogo El plan cubre exámenes y evaluaciones de audiólogos (de la audición).	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Medición de la masa ósea Cubrimos ciertos procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (generalmente, alguien en riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad ósea. Cubrimos los servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia si es médicamente necesario. También cubrimos a un médico para que analice e informe los resultados.	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Cubrimos los siguientes servicios: • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Cubrimos servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y tener una orden médica. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Consulta de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para enfermedades cardíacas) Pagamos una consulta al año, o más si es médicamente necesaria, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la consulta, su médico puede hacer lo siguiente: • analizar el uso de aspirina, • medir su presión arterial, **o** • darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Examen de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 No se requiere autorización previa para los servicios brindados

	Servicio cubierto	Lo que paga
	Examen de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (continuación) sirven para detectar defectos debido al alto riesgo de enfermedad cardíaca.	por parte de un proveedor dentro de la red.
	Examen de detección de cáncer vaginal y cervical Pagamos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Para mujeres con alto riesgo de padecer cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Servicios quiroprácticos Cubrimos los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación, las consultas en consultorio y los servicios de radiología. **Cobertura quiropráctica extra** Nuestro plan cubre servicios quiroprácticos según el beneficio de MassHealth (Medicaid), además de los servicios cubiertos por Medicare mencionados anteriormente.	$0 No se necesita autorización previa para 20 consultas cuando un proveedor dentro de la red proporciona el servicio. **Se necesita autorización previa después de la consulta 20.**
	Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido para este servicio variará según los servicios individuales prestados en el transcurso del tratamiento. $0. Es posible que necesite autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que paga
Examen de detección de cáncer colorrectal Cubrimos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo o máximo, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección anterior. • Se cubre la colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en una prueba de diagnóstico.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con el examen de detección, como resultado de este y en el mismo encuentro clínico que este.	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios comunitarios Esto incluye, entre otros, lo siguiente: • Tareas • Adaptaciones ambientales de accesibilidad • Compra y entrega de comestibles • Entrega de comidas a domicilio • Auxiliar sanitario a domicilio • Servicios domésticos • Lavandería • Servicios de cuidado personal • Sistema personal de respuesta ante emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) • Atención de alivio Los servicios comunitarios están cubiertos por el plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	$0 Antes de recibir servicios comunitarios, primero debe analizar estos servicios con su coordinador de atención del plan. **Se necesita autorización previa.**
	Servicios de un centro de salud comunitario El plan cubre servicios de un centro de salud comunitario. Entre los ejemplos, se incluyen los siguientes: • Consultas en consultorio de un proveedor; de atención primaria y de especialistas. • Atención ginecológica, obstétrica y prenatal. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

	Servicio cubierto	Lo que paga
	Servicios de un centro de salud comunitario (continuación) • Servicios pediátricos, incluso EPSDT. • Educación de la salud. • Servicios médicos sociales. • Servicios de nutrición, que incluyen la capacitación para el autocontrol de la diabetes y la terapia de nutrición médica. • Servicios para dejar de fumar. • Vacunas no cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health, MDPH).	
	Servicios de acompañante Incluye socialización, ayuda con las compras y los mandados, acompañamiento a las consultas médicas, centros de nutrición, caminatas, actividades recreativas y asistencia con la preparación y el servicio de refrigerios ligeros.	$0 **Se necesita autorización previa.**
	Servicios continuos de enfermería Servicios continuos de enfermería especializada. Los servicios comunitarios están cubiertos por el plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios diurnos de rehabilitación El plan cubre un programa de servicios ofrecidos por proveedores de habilitación diurna si usted reúne los requisitos por tener una discapacidad intelectual o del desarrollo. En este programa, usted desarrolla un plan de servicio que incluye sus metas y objetivos, y las actividades para ayudarle a cumplirlos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • Servicios de enfermería y supervisión de atención médica. • Adiestramiento de las capacidades de desarrollo. • Servicios de terapia. • Entrenamiento en habilidades para la vida/para la vida diaria de adultos. Los **servicios diurnos de rehabilitación** están cubiertos por el plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios dentales Ciertos servicios dentales, que incluyen limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del programa MassHealthDental. Cubrimos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos a un trasplante de órgano. Además, cubrimos los siguientes servicios dentales de rutina: Servicios preventivos/de diagnóstico: • Limpiezas o 2 por año calendario • Exámenes o 2 evaluaciones bucales periódicas por año calendario o 2 evaluaciones bucales limitadas por año calendario o 1 evaluación integral bucal o periodontal por año calendario • Tratamiento con flúor o 1 cada 90 días • Radiografías. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Los servicios deben ser proporcionados por un proveedor de DentaQuest. También puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros para obtener más información: 1-888-816-6000 **Es posible que necesite autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios odontológicos (continuación) ○ 2 de (2-4) imágenes de aleta de mordida por año calendario ○ 1 serie integral intrabucal de imágenes radiográficas cada 3 años calendario ○ 1 radiografía panorámica cada 3 años calendario ○ Intrabucal periapical, 4 por día Restauración: • Rellenos ○ 1 por año calendario, por diente, por superficie • Coronas ○ 1 cada 60 meses por diente ○ Recementación o readhesión de corona: no cubierta dentro de los 6 meses de la colocación Periodoncia: • Raspado y alisado radicular ○ 1 cada 3 años calendario por cuadrante • Gingivectomía o gingivoplastia ○ 1 cada 3 años calendario por cuadrante • Raspado en presencia de inflamación **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

	Servicio cubierto	Lo que paga
	Servicios odontológicos (continuación) generalizada moderada o grave ○ 2 por año calendario Prótesis extraíbles: • Dentaduras postizas completas y parciales: 1 cada 84 meses • Reparaciones: no permitidas dentro de los 6 meses desde el inicio • Realineaciones: 1 cada 36 meses Servicios orales y maxilofaciales: • Extracciones (extirpación de dientes) ○ 1 por diente de por vida • Alveolo plastia ○ 1 cada 6 meses por cuadrante • Vestibuloplastia Servicios complementarios: • Tratamiento paliativo (de emergencia) • Consultas y llamadas a domicilio/centro de atención prolongada, anestesia Puede encontrar una lista de códigos cubiertos con límites de frecuencia en nuestro sitio web https://mgbadvantage.org/sco	
	Examen de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga
Examen de detección de la diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial elevada (hipertensión). • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Es posible que reúna los requisitos para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.	$0 No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor dentro de la red.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros Cubrimos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: o un monitor de glucosa en sangre; o tiras reactivas de medición de glucosa en sangre; o dispositivos de lanceta y lancetas; o soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 **Es posible que necesite autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros (continuación) • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, cubrimos lo siguiente: o un par de zapatos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas), incluida la adaptación y dos pares más de plantillas por año calendario; **o** o un par de zapatos profundos, incluida la adaptación, y tres pares de plantillas por año (sin incluir las plantillas extraíbles no que no están hechas a medida proporcionadas con dichos zapatos). • En algunos casos, cubrimos la capacitación para ayudarle a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. • Los suministros para pruebas de diabetes, incluidos los glucómetros, las tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, los dispositivos para lancetas, las lancetas, las soluciones de control de glucosa y los sistemas de monitoreo continuo de glucosa (continuous glucose monitoring, CGM), están cubiertos por el beneficio médico del plan en farmacias minoristas o de pedido por correo participantes. Cubrimos: o Tiras reactivas Accu-Chek y FreeStyle (límite de cantidad: 300 tiras reactivas cada 30 días). o Medidores Accu-Chek y FreeStyle. o Productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipo médico duradero (DME). La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta por el plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros médicos relacionados Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual para Miembros* para obtener una definición de “equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas, • muletas, • sistemas de colchones eléctricos, • suministros para diabéticos, • camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, • bombas de infusión intravenosa (i.v.) y postes, • dispositivos generadores de voz, • equipos y suministros de oxígeno, • nebulizadores, • andadores, • mango curvo estándar o bastón cuádruple y suministros de reemplazo, • tracción cervical (para puerta), • estimulador óseo, • equipo de atención para diálisis. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 **Es posible que necesite autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros médicos relacionados (continuación) Es posible que se cubran otros artículos de DME, incluidos dispositivos auditivos o tecnología de asistencia/adaptación. El plan también puede cubrir la capacitación sobre cómo usar, modificar o reparar su artículo de DME. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos otros artículos y servicios de DME son adecuados para usted y estarán en su plan de atención personalizado (ICP). Cubrimos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y MassHealth (Medicaid) generalmente pagan. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial en su nombre. CareCentrix es nuestro proveedor preferido de DME para dormir.	
	Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios con estas características: • son proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, **y** • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica puede ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como resultado lo siguiente: • riesgo grave para su vida; **o** **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe recibir su atención de internación en el hospital fuera de la red hospital dentro de la red autorizado por el plan.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención de emergencia (continuación) • un daño grave a las funciones corporales, **o** • pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. Usted tiene cobertura para atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Este beneficio no cubre la atención de emergencia/urgencia en todo el mundo.	
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Cubrimos los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico; • pruebas de diagnóstico y laboratorio para planificación familiar; • suministros de planificación familiar recetados (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón); • asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS); • asesoramiento y pruebas de VIH y sida, y otras afecciones relacionadas con el VIH; • asesoramiento genético. También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red o MassHealth (Medicaid). **Se necesita autorización previa para las pruebas genéticas.**

	Servicio cubierto	Lo que paga
	Servicios de planificación familiar (continuación) • tratamiento de afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada). • tratamiento para el sida y otras afecciones relacionadas con el VIH; • pruebas genéticas.	
	Tarjeta de beneficios flexibles para artículos de venta libre, cuidado personal, ayuda en el hogar y más Ofrecemos una tarjeta Mastercard® de beneficios flexibles, precargada con una asignación para usar con su beneficio de artículos de venta libre. Puede usar la asignación trimestral de $250 para su beneficio de artículo de venta libre*. * Las asignaciones trimestrales no se transfieren. Los fondos vencerán si cancela su inscripción en el plan. Los artículos elegibles de venta libre se encuentran en el Catálogo de artículos de venta libre. Los montos pueden cubrir el costo de los medicamentos de venta libre elegibles y otros productos de farmacia no recetados relacionados con la salud. Puede comprar en línea en https://MGBFlexibleBenefits.org/ o puede comprar en tiendas minoristas participantes con su tarjeta de beneficios flexibles donde se acepte Mastercard®, para obtener todos los productos elegibles que se encuentran en el catálogo de artículos de venta libre. Llame al 1-855-345-4759 (TTY 711) para obtener ayuda para acceder a este beneficio o para comprender qué artículos son elegibles como artículos de venta libre. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	Usted paga $0 por artículos elegibles hasta $250 cada trimestre. Si el costo de los artículos elegibles excede el límite trimestral, usted es responsable del resto del costo. Le reembolsaremos, según la asignación de su plan, un producto aprobado en el que haya tenido dificultades para usar su tarjeta de beneficios flexibles en una tienda minorista autorizada. Si ocurrió algo con la transacción de un producto autorizado en una tienda minorista autorizada y dicha transacción coincide con su beneficio según se describe en esta evidencia de cobertura, envíe un formulario de solicitud de reembolso completo a Mass General Brigham Health Plan dentro del plazo requerido asociado con el beneficio. Tres maneras de enviar su formulario de reembolso: • Envíelo utilizando el formulario de reembolso en línea en Member.MGBHP.org o en su Portal para miembros

Servicio cubierto		Lo que paga
	Tarjeta de beneficios flexibles para artículos de venta libre, cuidado personal, ayuda en el hogar y más (continuación)	en https://member.massgeneralbrighamhealthplan.org/ • Envíe por correo el formulario completo a: Mass General Brigham Health Plan Attention: SCO Claims 399 Revolution Drive Suite 875, Somerville MA 02145 • Envíe su formulario de solicitud por fax al 1-617-526-1905. Una vez que se valide el reembolso, se eliminarán los fondos de su tarjeta. Mass General Brigham Health Plan debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo de 2027 para el año de beneficios 2026. No confirmaremos la recepción del formulario. El procesamiento demora entre 30 y 45 días.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Reasignación/afirmación de género El plan cubre los servicios de reasignación de género, que pueden incluir mastectomía, histerectomía o cirugía reconstructiva de genitales. Los servicios y procedimientos que se consideran cosméticos y la cirugía de reversión de reasignación de género no están cubiertos.	$0 **Se necesita autorización previa.**
	Coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC) Evaluación en el hogar y coordinación de servicios en el hogar a cargo de un trabajador social con licencia a través de un punto de acceso a servicios para personas mayores (ASAP). Servicios de GSSC cubiertos por el plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	$0
	Cuidado temporal para adultos en grupo El plan cubre los servicios proporcionados por proveedores de cuidado temporal para adultos en grupo para los miembros que reúnan los requisitos. Estos servicios se ofrecen en un entorno de vivienda grupal y pueden incluir lo siguiente: • asistencia con actividades de la vida diaria, actividades prácticas de la vida diaria y cuidado personal; • supervisión; • supervisión de enfermería; • administración de atención.	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Programas de salud y el bienestar Este plan cubre $250 un año calendario para un beneficio de gimnasio que cubre actividades, programas y equipos para respaldar su acondicionamiento físico. Beneficio de gimnasio: • Membresías, suscripciones, programas o clases de acondicionamiento físico virtuales/en línea (p. ej., WalkFit, Noom, BetterMe y más) que ofrecen entrenamiento cardiovascular y de fuerza mediante una plataforma digital. • Gimnasios que ofrecen una variedad de actividades cardiovasculares y ejercicios cardiovasculares y de fuerza, p. ej., gimnasios tradicionales, YMCA, YWCA y centros comunitarios de acondicionamiento físico. • Clases de acondicionamiento físico en instalaciones de Consejos para la Tercera Edad (COA) participantes; gimnasios con grupos dirigidos por instructor, como yoga, pilates, Zumba®, kickboxing, CrossFit®, y clases de ciclismo/spinning en interiores, y otros ejercicios **Este beneficio continúa en la página siguiente**	Asignación para programas de salud y bienestar, para ayudarle a mantenerse saludable y cuidar su bienestar físico. Use su tarjeta de beneficios flexibles en tiendas minoristas elegibles donde se acepte Mastercard®. Llame al 1-855-345-4759 (TTY 711) para obtener ayuda con las tiendas minoristas elegibles. Le reembolsaremos, según la asignación de su plan, un producto aprobado en el que haya tenido dificultades para usar su tarjeta de beneficios flexibles. Si ocurrió algo con su transacción en un punto de servicio en el que se acepta Mastercard® y la transacción coincide con su beneficio según se describe en esta evidencia de cobertura, envíe un formulario de solicitud de reembolso completo a Mass General Brigham Health Plan.

	Servicio cubierto	Lo que paga
	Programas de salud y bienestar (continuación) • Equipos para acondicionamiento físico en el hogar, como pesas, rastreadores de actividad, pelotas/dispositivos de estabilidad (balones, tableros, etc.), rodillos de espuma, escalador, almohadillas de equilibrio, cuerdas de saltar, colchonetas de yoga con entrega a domicilio conveniente llamando al 1-855-345-4759 o en línea en mgbflexiblebenefits.org. • Los ejemplos de artículos que quedan excluidos del beneficio de acondicionamiento físico son: ○ Equipos deportivos (p. ej., palos de golf, paletas de pickleball, raquetas de tenis, etc.) ○ Tarifas de iniciación en un club campestre o deportivo ○ Tarifas de entrenamiento personal ○ Tarifas de estudios de danza o escuelas de artes marciales ○ Equipo usado **Este beneficio continúa en la página siguiente**	Tres maneras de enviar su formulario de reembolso: • Envíelo utilizando el formulario de reembolso en línea en Member.MGBHP.org o en su Portal para miembros en https://member.massgeneralbrighamhealthplan.org/ • Envíe por correo el formulario completo a: Mass General Brigham Health Plan Attention: SCO Claims 399 Revolution Drive Suite 875, Somerville MA 02145 • Envíe su formulario de solicitud por fax al 1-617-526-1905. Una vez que se valide el reembolso, se eliminarán los fondos de su tarjeta. Mass General Brigham Health Plan debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo de 2027 para el año de beneficios 2026. No confirmaremos la recepción del formulario. El procesamiento demora entre 30 y 45 días.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios de audición, incluidos audífonos Cubrimos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención externa cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan también cubre lo siguiente: • Exámenes auditivos de diagnóstico. • Pruebas de audición de rutina cada año calendario. • Suministro de audífonos, baterías y accesorios. • Instrucción en el uso, el cuidado y el manejo de audífonos. • Moldes auditivos. • Impresiones de oídos. • Préstamo de un audífono, cuando sea necesario. Los servicios de audición, incluidos los audífonos, están cubiertos por el plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	$0 **Se necesita autorización previa para los audífonos.**
🍎	**Examen de detección de VIH** Cubrimos un examen de detección de VIH cada 12 meses para personas que cumplen estos requisitos: • solicitan un examen de detección de VIH **o** • tienen un mayor riesgo de infección por VIH.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Agencia de asistencia médica a domicilio Antes de que pueda recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Agencia de atención médica a domicilio (continuación) informarnos que los necesita y que deben proporcionarse a través de una agencia de atención médica domiciliaria. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Cubrimos los siguientes servicios, y tal vez otros servicios no mencionados aquí: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	
	Servicios de auxiliar sanitario a domicilio El plan cubre los servicios de un auxiliar sanitario a domicilio, bajo la supervisión de un enfermero matriculado u otro profesional, para los miembros que reúnen los requisitos. Los servicios pueden incluir lo siguiente: • cambios de vendaje simples; • asistencia con los medicamentos; • actividades para apoyar terapias especializadas; • atención de rutina para dispositivos protésicos y ortopédicos. El plan cubre los servicios de auxiliar sanitario a domicilio según el beneficio de MassHealth (Medicaid).	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Tratamiento de infusión en el hogar Nuestro plan cubre la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administradas en una vena o aplicadas debajo de la piel y que se le proporcionan en el hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar: • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; **y** • suministros, como sondas o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con su plan de atención; • capacitación y educación de los miembros que aún no estén incluidas en el beneficio de DME; • supervisión remota **y** • servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.	$0 **Se necesita autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga
	Servicios de relevo médico para personas sin hogar Tiene acceso a apoyo previo y posterior a la colonoscopia para prepararse y recuperarse después de un procedimiento de colonoscopia. Tiene acceso a apoyo para la recuperación después de problemas médicos graves, administración de casos y análisis de la salud y derivaciones para abordar otras necesidades sociales y de salud, y apoyo de planificación para la transición a entornos en la comunidad.	$0 **Se necesita autorización previa.**
	Atención de hospicio Tiene derecho a elegir un centro de hospicio si su proveedor y su director médico del centro de hospicio determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • medicamentos para tratar síntomas y dolor; • atención de alivio a corto plazo; • atención a domicilio. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención de hospicio (continuación) **En el caso de los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare, que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, se facturan a Medicare:** • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. **Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** • Nuestro plan cubre servicios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:** • Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el hospicio y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*. **Nota:** Si necesita atención que no sea de hospicio, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es la atención que **no** está relacionada con **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención de hospicio (continuación) su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
	Vacunas Cubrimos los siguientes servicios: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. Cubrimos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* para obtener más información.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Enfermería independiente El plan cubre la atención de un enfermero independiente en su hogar. Esto incluiría una consulta de enfermería de más de dos horas continuas de servicios de enfermería para personas que viven en la comunidad.	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención de salud conductual para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud conductual que requieren internación. El plan cubre servicios para pacientes internados, como los siguientes: • Servicios de salud conductual para pacientes internados para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda. • Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados. • Servicios intensivos con monitoreo médico: servicio de tratamiento intensivo (Acute Treatment Service, ATS) para trastornos por consumo de sustancias. • Observación/reserva de camas. • Servicios de días administrativamente necesarios. En virtud de este plan, no hay un límite de por vida en la cantidad de días que un miembro puede tener en un centro de atención de salud conductual para pacientes internados.	$0 **Los servicios de salud conductual (BH) para pacientes internados no requieren autorización previa para un proveedor dentro de la red; sin embargo, se requiere notificación de admisión al plan necesario.**
	Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. El plan cubre su internación en un hospital más allá del límite de Medicare según el beneficio de MassHealth (Medicaid). **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su emergencia. **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios por consumo de sustancias para pacientes internados. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplante locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, puede recibir los servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de la comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención para nuestra comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque pase la noche en el hospital, aún puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de datos está disponible en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Cubrimos servicios de atención de salud conductual que requieren hospitalización. Medicare cubre hasta 90 días por período de beneficio con un límite de hasta 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados de por vida. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud conductual para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) cubren todas las estadías aprobadas que superen el límite de Medicare. **La internación psiquiátrica no necesita autorización previa para un proveedor dentro de la red; sin embargo, se requiere una notificación de admisión al plan.**	$0 Los servicios para pacientes internados en los hospitales psiquiátricos no requieren autorización previa para un proveedor dentro de la red; sin embargo, se requiere una notificación al plan dentro de las 72 horas (calendario).
	Internación: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) durante una internación no cubierta Cubrimos los siguientes servicios mientras está en el hospital o en un centro de enfermería, y tal vez otros servicios no mencionados aquí: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico, como los análisis de laboratorio. • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Internación: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación no cubierta (continuación) • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortopédicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan la totalidad o parte de o un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo); **o** o la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que no funciona correctamente; • aparatos ortopédicos para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello, bragueros, y prótesis de piernas, brazos y ojos. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio • en su fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Estos servicios están cubiertos por el plan en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios y suministros para enfermedades renales Cubrimos los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudarle a tomar decisiones correctas sobre su cuidado. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe derivarlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad de los riñones. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluidos tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros*, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial. • Preparación para autodiálisis, que incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, cuando sea necesario recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en el hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua. La Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Nuestro plan cubre exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con los siguientes requisitos: • tienen entre 65 y 77 años, **y** • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, **y** • ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después del primer examen de detección, nuestro plan cubre otro examen de detección cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige realizar una consulta de asesoramiento en detección de cáncer y de toma de decisiones compartidas para realizar un examen de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para estas consultas.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Terapia de nutrición médica El plan cubre servicios de asesoramiento y terapia de diagnóstico nutricional para ayudarle a controlar una afección médica (como diabetes o enfermedad renal).	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia El plan cubre el transporte que usted necesita por motivos médicos que no sean emergencias. Cubrimos el transporte a citas médicas que no sean de emergencia a través de ambulancias que no sean de emergencia, servicio de taxi, compañías de red de transporte (Uber o Lyft), vehículos accesibles para silla de ruedas, camionetas con camilla y ferry. El proveedor de transporte aprobado por el plan, CTS, debe brindar los servicios. Llame a CTS al 1-844-247-2100 para programar sus citas. Pueden aplicarse limitaciones.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan cubre los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar su comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en lo siguiente: • cambio en la dieta a largo plazo, **y** • aumento de la actividad física, **y** • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare cubre estos medicamentos. Nuestro plan cubre los siguientes medicamentos: • Medicamentos que generalmente no se administra usted mismo y se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, un hospital para pacientes externos o un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa (i.v.). • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Cubrimos estos medicamentos si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre. • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por Medicare Parte B si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos. • Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulinas i.v. para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (i.v. y para sondas). El siguiente enlace lo lleva a una Lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://massgeneralbrighamadvantage.org/member-resources/forms-resources#accordion-84a2724e00-item-ded7f49312. También cubrimos vacunas en virtud de la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. El **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención en un centro de enfermería Un centro de enfermería (nursing facility, NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en su hogar, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que cubrimos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios auditivos. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención. (incluyen sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por centros de enfermería. • Análisis de laboratorio generalmente proporcionados por centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología generalmente proporcionados por centros de enfermería. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención en un centro de enfermería (continuación) • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería. • Servicios de médicos o profesionales. • Equipos médicos duraderos. • Servicios dentales, incluidas dentaduras postizas. • Beneficios en atención para la vista. • Exámenes de audición. • Atención quiropráctica. • Servicios de podología. Por lo general, recibe atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no forma parte de nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • Un centro de enfermería o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de atención en un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
	Examen de detección de obesidad y terapia para bajar de peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento para ayudarle a perder peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios del programa de tratamiento con opiáceos (OTP) Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de estos medicamentos. • Asesoramiento sobre el trastorno por el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Exámenes de detección de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas).	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Servicios ortopédicos El plan cubre aparatos ortopédicos (que no sean dentales) y otros artefactos mecánicos o molduras para sostener o corregir la forma o función del cuerpo humano.	$0 **Es posible que necesite autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención de salud conductual para pacientes externos Cubrimos los servicios de salud conductual proporcionados por estos profesionales: • un psiquiatra o médico con licencia estatal; • un psicólogo clínico; • un trabajador social clínico; • un especialista en enfermería clínica; • un consejero profesional autorizado (LPC). • un terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapy, LMFT); • un enfermero practicante (nurse practitioner, NP); • un asistente médico; • cualquier otro profesional de atención médica conductual calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables. El plan cubre servicios que incluyen lo siguiente: • tratamiento individual, grupal y de parejas/familia; • consulta médica; • evaluación de diagnóstico; • consulta familiar; • consulta de casos; • consulta psiquiátrica en una unidad médica de internación; • consulta de acercamiento para pacientes internados-externos; • tratamiento de acupuntura; • terapia de reemplazo de opioides; • desintoxicación ambulatoria (nivel II.d); • pruebas psicológicas; • terapia conductual dialéctica (Dialectical Behavior Therapy, DBT); **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 **No se requiere autorización previa para un proveedor dentro de la red, excepto para estimulación magnética transcraneal (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS) y pruebas psicológicas (>5 horas).**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención de salud conductual para pacientes externos (continuación) • servicios de salud conductual para intervención en crisis basados en el Departamento de Emergencias; • terapia por electrochoque; • estimulación magnética transcraneal repetitiva (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, rTMS);	
	Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí: • Radiografías. • radioterapia (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales del personal técnico; • suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes; • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ECG y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar una afección médica; • otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos.	$0 **Es posible que necesite autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga
	Medicamentos para pacientes externos Lea el **Capítulo 5** para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y el **Capítulo 6** para obtener información sobre lo que paga por los medicamentos.	$0
	Observación hospitalaria para pacientes externos Cubrimos servicios de observación hospitalaria para pacientes externos para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de datos está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0

Servicio cubierto		Lo que paga

	Servicios hospitalarios para pacientes externos
	Cubrimos los servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como los siguientes:
	• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.
	  ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como "paciente internado".
	  ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser "paciente externo".
	  ○ Puede obtener más información sobre cuándo se es paciente internado o externo en esta hoja de datos: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf
	• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.
	• Atención de salud conductual, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente interno podría ser necesario sin esta atención.
	• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.
	• Suministros médicos como entablillados y yesos.
	• Exámenes preventivos y servicios enumerados en la Tabla de beneficios.
	• Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo.
		$0
		Es posible que necesite autorización previa.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios de rehabilitación y terapia para pacientes externos Cubrimos la fisioterapia, la terapia ocupacional, la terapia del habla y las evaluaciones integrales relacionadas. Puede obtener servicios de rehabilitación y terapia para pacientes externos de departamentos para pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y otros centros.	$0 **Es posible que necesite autorización previa.** Las primeras 20 consultas no requieren AP para cada terapia física, ocupacional y del habla; **se requiere autorización previa más allá del límite del beneficio de 20 consultas.**
	Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos Cubrimos los siguientes servicios, y tal vez otros servicios no mencionados aquí: • Evaluación y asesoramiento sobre el abuso de alcohol. • Tratamiento del uso indebido de medicamentos. • Asesoramiento grupal o individual por parte de un médico clínico calificado. • Desintoxicación subaguda en un programa ambulatorio para pacientes con adicciones. • Servicios por consumo de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes externos. • Tratamiento con naltrexona (vivitrol) de liberación prolongada.	$0 No se requiere autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Cirugía para pacientes externos Cubrimos la cirugía para pacientes externos y los servicios en centros para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión como paciente internado en un hospital, usted es un paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	$0 **Se necesita autorización previa.**
	Equipo para terapia respiratoria y administración de oxígeno El plan cubre servicios que incluyen sistemas de oxígeno, resurtidos y alquiler de equipos para terapia de administración de oxígeno.	$0 **Es posible que necesite autorización previa.**
	Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La **hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes externos o por un centro comunitario de salud conductual que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital. El **servicio intensivo para pacientes externos** es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes externos, un centro comunitario de salud conductual, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$0 No se requiere autorización previa para consultar a un proveedor dentro de la red. **Se requiere una notificación al plan.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios de asistente de cuidados personales El plan cubre los servicios de un asistente de cuidados personales para ayudarle con las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria si reúne los requisitos. Estos incluyen, por ejemplo: • Bañarse. • Preparación de comidas y alimentación. • Vestirse y asearse. • Administrar medicamentos. • Moverse de un lugar a otro. • Asearse. • Trasladarse. • Lavandería. • Tareas domésticas. Estos servicios también incluyen servicios de asistencia personal, como indicaciones y monitoreo. Puede contratar a un trabajador usted mismo o usar una agencia para contratar a uno por usted. Un trabajador puede ayudarle con tareas prácticas. El plan también puede pagarle a un trabajador para que lo ayude, incluso si no necesita ayuda práctica. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si ese servicio es adecuado para usted y estará en su plan de atención personalizado (ICP). Estos servicios están cubiertos por el plan en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios de médicos o proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico Cubrimos los siguientes servicios: • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en lugares como los siguientes: • Consultorio del médico. • Centro quirúrgico ambulatorio certificado. • Departamento para pacientes externos de un hospital. • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio proporcionados por su : proveedor de atención primaria ***o*** especialista, si su médico los indica para averiguar si usted necesita tratamiento. o Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal (ESRD) para los miembros que se realizan diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico en un centro de diálisis renal o en el hogar. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 **Es posible que se requiera autorización previa para determinados servicios y procedimientos, incluidas cirugías.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios de médicos o proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud conductual concurrente. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud conductual si se cumple lo siguiente: o Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. o Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. o Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud conductual proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud acreditados a nivel federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: o no es un paciente nuevo **y** o el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días, **y** o el control no deriva en una consulta en consultorio dentro de las 24 horas o la primera cita disponible. • Evaluación del video o las imágenes que envíe al médico, e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas **si**: o no es un paciente nuevo **y** o la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, **y** o la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Servicios de médicos o proveedores, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico si no es paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. Su PCP o equipo de atención lo ayudarán a coordinar las segundas opiniones.	
	Servicios de médicos, enfermeros practicantes y parteras El plan cubre servicios de médicos, enfermeros practicantes y parteras. Estos incluyen, por ejemplo: • Visitas al consultorio de un médico de atención primaria y de especialistas. • Obstetricia/Ginecología • Capacitación para el manejo personal de la diabetes. • Terapia de nutrición médica. • Servicios para dejar de fumar.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Servicios de podología Cubrimos los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos en martillo o espolones en el talón) • Cuidado de los pies de rutina para miembros con problemas que afectan las piernas, como la diabetes.	$0 No se requiere autorización previa para un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos **incluyen** lo siguiente: • Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección de VIH cada 12 meses. • Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Exámenes de detección para el cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, cubrimos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	$0 No se requiere autorización previa para consultar a un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan toda o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • pruebas, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y dispositivos ortopédicos • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía. • Marcapasos. • Aparatos de ortodoncia. • Zapatos ortopédicos. • Brazos y piernas artificiales. • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Cubrimos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. También cubrimos la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte "Atención de la vista" más adelante en este cuadro para obtener detalles.	$0 **Es posible que necesite autorización previa.**
	Servicios de rehabilitación pulmonar Cubrimos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.	$0 No se requiere autorización previa para consultar a un proveedor dentro de la red.
	Monitoreo remoto de pacientes El uso de dispositivos médicos selectos que transmiten información de salud personal digital de manera sincrónica o asincrónica de un paciente en riesgo a un proveedor tratante en un lugar alejado, lo que permite que el proveedor responda al paciente y controle su afección. El monitoreo remoto de pacientes (RPM) está disponible para los miembros que cumplen con ciertos criterios clínicos.	$0 No se requiere autorización previa para consultar a un proveedor dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

	Servicio cubierto	Lo que paga
	Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si su **médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo indica y usted cumple con una de estas condiciones:** • Tiene alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre el 1945 y 1965. Si nació entre el 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su examen de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Examen de detección y asesoramiento sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) Cubrimos exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. También cubrimos dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si lo brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	$0 No se requiere autorización previa para consultar a un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) No se requiere hospitalización antes de la admisión en un centro de enfermería especializada. Una vez que se agote su beneficio de Medicare, estará cubierto por su beneficio de MassHealth (Medicaid). Cubrimos los siguientes servicios, y tal vez otros servicios no mencionados aquí: • Habitación semiprivada o privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención, esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los SNF. • Análisis de laboratorio proporcionados por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por los centros de enfermería. • Aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por los centros de enfermería. • Servicios de médicos o proveedores. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Si MassHealth (Medicaid) determina que usted tiene un monto mensual pagado por el paciente (Patient Paid Amount, PPA) por su cuidado asistencial, usted es responsable de estos pagos a MassHealth (Medicaid). **Se necesita autorización previa.**

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Por lo general, recibe atención en un SNF de los centros de la red. En determinadas condiciones, es posible que pueda recibir atención de un centro que no forma parte de nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • Un centro de enfermería o una comunidad de atención continua para los jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja doméstica viva en el momento en que usted se retire del hospital. Si MassHealth (Medicaid) determina que usted tiene un monto mensual pagado por el paciente (Patient Paid Amount, PPA) por su cuidado asistencial, usted es responsable de los pagos.	
	Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco Se cubre el asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco para pacientes externos y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco; • son competentes y están alertas durante el asesoramiento • un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).	$0 No se requiere autorización previa para los servicios brindados por parte de un proveedor dentro de la red.

	Servicio cubierto	Lo que paga
	Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) Cubrimos el tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) para miembros que sufren de enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, EAP). Nuestro plan cubre lo siguiente: • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET. • 36 sesiones más a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de kinesioterapia para la enfermedad arterial periférica en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Estar a cargo de personal calificado que se asegure de que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la enfermedad arterial periférica. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante/especialista en enfermería clínica capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.	$0 No se requiere autorización previa para consultar a un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Programa de servicios de vida de transición El plan cubre los servicios proporcionados por un proveedor de servicios de vida de transición para los miembros que reúnen los requisitos. Estos servicios se proporcionan en un entorno residencial y pueden incluir lo siguiente: • Servicios de asistente de cuidados personales. • Supervisión de enfermería en el lugar las 24 horas. • Comidas. • Entrenadores de habilidades. • Asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., lavar la ropa, comprar, limpiar).	$0 Se necesita autorización previa.
	Transporte (médico que no sea de emergencia) Cubrimos el transporte a citas médicas que no sea de emergencia a través de ambulancias que no sean de emergencia, servicio de taxi, compañías de red de transporte (Uber o Lyft), vehículos accesibles para silla de ruedas, camionetas con camilla y ferry. El proveedor de transporte aprobado por el plan, CTS, debe brindar los servicios. Llame CTS al 1-844-247-2100 para programar sus citas.	$0 No se requiere autorización previa si la proporciona un proveedor de transporte aprobado por nuestro plan.
	Transporte (no médico y no de emergencia) Cubrimos el transporte que no sea a citas médicas ni sea de emergencia a través de ambulancias que no sean de emergencia, servicio de taxi, compañías de red de transporte (Uber o Lyft), vehículos para silla de ruedas, camionetas con camilla y ferry. El proveedor de transporte aprobado por el plan, CTS, debe brindar los servicios. NOTA: Los viajes que no sean a citas médicas ni sean de emergencia están limitados a 50 millas por trayecto. Servicios cubiertos sin copago del proveedor de transporte, CTS. Llame a CTS al 1-844-247-2100 para programar sus citas. El beneficio de transporte que no sea a citas médicas ni sea de emergencia cubre dos (2) viajes de ida y vuelta o cuatro (4) viajes de ida o vuelta por mes.	$0 No se requiere autorización previa si la proporciona un proveedor de transporte aprobado por nuestro plan. NOTA: Los viajes que no sean a citas médicas ni sean de emergencia están limitados a dos (2) viajes de ida y vuelta o cuatro (4) viajes de ida o vuelta por mes y 50 millas por trayecto.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención de urgencia La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar lo siguiente: • una situación que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata **o** • una enfermedad imprevista, **o** • una lesión, **o** • una afección que necesita atención inmediata. Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede acudir a un proveedor de la red porque, debido a su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica). Cubrimos la atención de urgencia dentro y fuera de la red dentro de los EE. UU. y sus territorios. No brindamos cobertura fuera de los EE. UU. y sus territorios.	$0 No se requiere autorización previa para los servicios proporcionados por un proveedor dentro o fuera de la red.
	Atención de la vista Cubrimos lo siguiente: • Exámenes de la vista integrales. • Adiestramiento de la vista. • Anteojos. • Lentes de contacto y otras ayudas visuales. Cubrimos servicios médicos externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicio cubierto		Lo que paga
	Atención de la vista (continuación) glaucoma incluyen las siguientes: • Personas con antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. • Afroamericanos mayores de 50 años. • Hispanoamericanos mayores de 50 años. Para las personas con diabetes, cubrimos un examen de detección de retinopatía diabética por año. Cubrimos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular. Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. Cubrimos un examen de la vista de rutina por año calendario. Usted paga $0 por este examen, pero debe usar un proveedor dentro de la red de EyeMed. Los miembros tienen una asignación de $200 para anteojos (lentes o marcos) o lentes de contacto por año calendario. Debe comprar sus lentes o marcos a través de un proveedor de la red (EyeMed) para recibir la asignación de $200. Cualquier monto superior a $200 será su responsabilidad. Se aplican otras limitaciones. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 si tiene preguntas sobre su beneficio de atención de la vista de rutina o su asignación de $200 para anteojos o lentes de contacto.	

Servicio cubierto		Lo que paga
	Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" Cubrimos una única consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". La consulta incluye lo siguiente: • una evaluación de su salud, • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes de detección y vacunas), **y** • derivaciones para otra atención si la necesita. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de obtener la Parte B de Medicare. Cuando concierte su cita, diga al consultorio de su médico que le gustaría programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
	Consulta de bienestar El plan cubre los controles de bienestar. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Además de los servicios generales, nuestro plan también cubre servicios comunitarios de atención de la salud conductual. Estos a veces se denominan "servicios de salud conductual recreativos". Estos son servicios que puede usar en lugar de ir al hospital o a un centro para algunas necesidades de salud conductual. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y estarán en su plan de atención personalizado (ICP).

Servicios de atención de salud conductual basados en la comunidad (recreativos) que cubre nuestro plan	Lo que paga
Estos servicios incluyen lo siguiente: • Servicios intensivos con monitoreo médico: servicios de tratamiento intensivo (Acute Treatment Service, ATS) para trastornos por consumo de sustancias. • Servicios de estabilización clínica: servicios residenciales de alta intensidad específicos de la población administrados clínicamente. • servicios residenciales de alta intensidad específicos de la población administrados clínicamente* (consulte la Nota a continuación). • Servicios de estabilización clínicos para trastornos por consumo de sustancias. • Estabilización de crisis en la comunidad. • Tratamiento residencial intensivo para adultos. • Programa de apoyo comunitario (Community Support Program, CSP), incluido el CSP para personas sin hogar, el CSP para casos judiciales y el CSP (Programa de conservación de inquilinos)*. • Intervención móvil en casos de crisis para adultos (anteriormente Programa de servicios de emergencia [Emergency Services Program, ESP]). Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. • Servicios de rehabilitación residencial mejorados simultáneos para trastornos por consumo de sustancias. • Servicios de hospitalización parcial (Partial Hospitalization, PHP). • La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud conductual. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta o terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado. Puede ayudar a evitar que tenga que permanecer en el hospital. • Servicios intensivos para pacientes externos (Intensive Outpatient, IOP) y programas IOP.	$0 **Es posible que se requiera una notificación.** **El Programa de tratamiento asertivo comunitario (PACT) requiere autorización previa.** **El tratamiento psiquiátrico diurno requiere autorización previa.** **El tratamiento residencial intensivo para adultos requiere autorización previa.**

Servicios de atención de salud conductual basados en la comunidad (recreativos) que cubre nuestro plan	Lo que paga
• El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud conductual, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o en un consultorio de consejeros profesionales autorizados, pero menos intenso que la hospitalización parcial. • Un programa IOP proporciona tratamiento multidisciplinario por tiempo limitado, integral y coordinado, y está diseñado para mejorar el estado funcional, proporcionar estabilización en la comunidad, otorgar una admisión a un servicio para pacientes internados o facilitar una reintegración rápida y estable en la comunidad después de un alta de un servicio para pacientes internados. • Programa de tratamiento asertivo comunitario (Program of Assertive Community Treatment, PACT). • Tratamiento psiquiátrico diurno. • Asesoramiento en recuperación. • Orientadores de apoyo para recuperación. Servicios de rehabilitación residencial (Residential Rehabilitation Services, RRS) para trastornos por consumo de sustancias, entre ellos: • RRS para adultos. • RRS familiares. • RRS para adultos jóvenes. • RRS mejorados simultáneos (COE-RRS). • RRS mejorado para el embarazo. • Programa estructurado de adicciones para pacientes externos (Structured Outpatient Addiction Program, SOAP). • Especialista certificado por pares.	

Servicios de atención de salud conductual basados en la comunidad (recreativos) que cubre nuestro plan	Lo que paga
• Programa estructurado mejorado para pacientes externos con adicciones (Enhanced Structured Outpatient Addiction Program, E-SOAP). • Servicios de apoyo de transición (Transitional Support Services, TSS) para trastornos por consumo de sustancias. **Nota:** Es posible que los servicios de TTS no estén disponibles al comienzo del año del plan a través de su plan SCO. Si tiene preguntas, comuníquese con el plan Mass General Brigham SCO.	

Nuestro plan también cubre servicios comunitarios para promover el bienestar, la recuperación, el autocontrol de afecciones crónicas y la vida independiente. Estos servicios también pueden ayudarle a permanecer fuera del hospital o centro de enfermería. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y estarán en su plan de atención personalizado (ICP).

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que paga
Asistencia para transiciones de la atención El plan cubre servicios para ayudar con las transiciones entre entornos de atención para los miembros que reúnen los requisitos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • coordinación de la información entre sus proveedores • seguimiento después de su hospitalización o estadía en un centro • educación sobre su afección médica • derivaciones	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que paga
Trabajadores de salud comunitarios El plan cubre los servicios proporcionados por trabajadores de salud comunitarios, que pueden incluir lo siguiente: • educación sobre la salud en su hogar o comunidad • cómo obtener los servicios que necesita • asesoramiento, apoyo y exámenes de detección Los servicios de un trabajador de salud comunitario implican que recibirá ayuda de alguien que lo apoyará y que comprende su cultura, necesidades y preferencias.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
Servicios diurnos El plan cubre actividades diurnas estructuradas en un programa para ayudarle a aprender las habilidades que necesita para vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Las habilidades están diseñadas para satisfacer sus necesidades y pueden incluir lo siguiente: • habilidades para la vida diaria • capacitación en comunicación • habilidades prevocacionales • habilidades de socialización	$0 **Se necesita autorización previa.**
Servicios de atención domiciliaria El plan cubre los servicios de atención domiciliaria proporcionados en su hogar o comunidad si usted reúne los requisitos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • un trabajador que le ayude con las tareas domésticas • un trabajador que le ayude con sus tareas diarias y su cuidado personal. La asistencia puede ser práctica, a través de indicaciones o a través de la supervisión de estas tareas. • capacitación o actividades para mejorar sus habilidades de vida comunitaria y ayudarle a defenderse	$0 **Se necesita autorización previa.**

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que paga
Modificaciones del hogar El plan cubre modificaciones en su hogar si usted reúne los requisitos. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, bienestar y seguridad, o para que pueda ser más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente: • rampas • barandas de seguridad • ensanchamiento de las puertas • sistemas especiales para equipos médicos	$0 **Se necesita autorización previa.**
Administración de medicamentos El plan cubre los servicios de administración de medicamentos de un trabajador de apoyo si usted reúne los requisitos. El trabajador de apoyo le ayudará a tomar sus medicamentos con receta y de venta libre. El servicio puede incluir lo siguiente: • recordarle que tome su medicamento • verificación del envase del medicamento • observar cómo toma su medicamento • anotar cuándo toma su medicamento • abrir los medicamentos y leer las etiquetas por usted	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que paga
Transporte no médico Cubrimos el transporte no médico a través de ambulancias que no sean de emergencia, servicio de taxi, compañías de red de transporte (Uber/Lyft), vehículos accesibles para silla de ruedas, camionetas con camilla y ferry. El proveedor de transporte aprobado por el plan, CTS, debe brindar los servicios. NOTA: Los viajes no médicos se limitan a 50 millas por trayecto. Servicios cubiertos sin copago del proveedor de transporte, CTS. Llame a CTS al 1-844-247-2100 para programar sus citas. El beneficio de transporte no médico cubre dos (2) viajes de ida y vuelta, o cuatro (4) viajes de ida o vuelta por mes.	$0 NOTA: Los viajes no médicos se limitan a dos (2) viajes de ida y vuelta, o cuatro (4) viajes de ida o vuelta por mes y 50 millas por trayecto. No se requiere autorización previa si el servicio lo proporciona nuestro proveedor de transporte aprobado por el plan.
Apoyo/Asesoramiento/Orientación de pares El plan cubre servicios de capacitación, instrucción y tutoría si usted reúne los requisitos. Estos servicios le ayudarán a defenderse y participar en su comunidad. Puede recibir estos servicios de un compañero o en grupos pequeños.	$0 No se necesita autorización previa para los servicios prestados por un proveedor dentro de la red.
Atención de alivio El plan cubre los servicios de alivio si su cuidador principal necesita un relevo o no estará disponible a corto plazo. Estos servicios pueden proporcionarse en caso de emergencia o planificarse con anticipación. Si se planifican con anticipación, los servicios pueden brindarse en su hogar o durante una colocación a corto plazo en cuidado temporal para adultos, centro de salud diurno para adultos, centro de enfermería, vivienda asistida, hogar de descanso u hospital.	$0 **Se necesita autorización previa.**

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de MassHealth (Medicaid).

E1. Servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) con pago por servicio

E2. Servicios de agencias estatales

Rehabilitación psicosocial y administración de casos dirigida

Si recibe rehabilitación psicosocial del Departamento de Salud Conductual o administración de casos dirigida del Departamento de Salud Conductual o del Departamento de Servicios de Desarrollo, sus servicios continuarán siendo proporcionados directamente por la agencia estatal. Sin embargo, Mass General Brigham SCO ayudará a coordinar con estos proveedores como parte de su plan de atención personalizado (ICP) general.

Alojamiento y comida en un hogar de descanso

Si vive en un hogar de descanso y se une a Senior Care Options (SCO), el Departamento de Asistencia Transitoria continuará siendo responsable de los pagos de su habitación y manutención.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o MassHealth (Medicaid)

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluido” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y MassHealth (Medicaid) tampoco los pagan.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ninguna condición y algunos excluidos por nosotros solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en cualquier otro lugar de este *Manual para Miembros*), excepto en las condiciones específicas enumeradas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si cree que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios que no se consideran “razonables y médicamente necesarios”, según los estándares de Medicare y MassHealth (Medicaid), a menos que los enumeremos como servicios cubiertos.

- Artículos, medicamentos, tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Servicios de enfermería privada.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Cargos cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.
- Atención de los pies de rutina, excepto según se describe en Servicios de podología en la Tabla de beneficios de la **Sección D**.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, antienvejecimiento y desempeño conductual), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, cubrimos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y para tratar la otra mama para que se asemejen.
- Cuidado quiropráctico, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.

- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido del VA es mayor que el costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de sus montos de costos compartidos.

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos para pacientes externos

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener los medicamentos para pacientes externos. Estos son medicamentos que su proveedor le pide y que usted obtiene en una farmacia o por pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y MassHealth (Medicaid). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se analicen en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Generalmente incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una consulta al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si está en un centro de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D**: “Si participa en el programa de hospicio certificado por Medicare”.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes externos de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que siga las reglas de esta sección.

Debe contar con un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta que sea válida según las leyes estatales correspondientes. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha derivado para que reciba atención.

La persona autorizada a dar recetas **no** debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos recetados (consulte la **Sección A1** para obtener más información). O bien, puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. Nosotros la denominamos *Lista de medicamentos* para abreviarla. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo al darle una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Es decir, el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias médicas. La persona que emite la receta puede ayudar a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento con receta.

Es posible que su medicamento requiera aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Obtener sus recetas surtidas 146
A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red 146
A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta 146
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red 146
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red 147
A5. Uso de una farmacia especializada 147
A6. Uso de servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos 148
A7. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos 150
A8. Uso de una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan 150
A9. Reembolso del costo de un medicamento con receta 152
B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan 152
B1. Medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* 152
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* 153
B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos* 153
C. Límites en algunos medicamentos 154

D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto 156
D1. Obtener un suministro temporal 157
D2. Solicitud de un suministro temporal 159
D3. Solicitud de una excepción 159
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 160
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 162
F1. En un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan 162
F2. En un centro de atención a largo plazo 163
F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare 163
G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos 163
G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura 163
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos 164
G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opiáceos de forma segura 165

A. Obtener sus recetas surtidas

A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, cubrimos los medicamentos con receta solo si se obtienen en cualquiera de nuestras farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener más información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura su medicamento cubierto.

Si usted no tiene su tarjeta de identificación de miembro en el momento de surtir su medicamento con receta, pida a la farmacia que llamen al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire. Luego, usted puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Para pedirnos que le reembolsemos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de medicamento con receta, puede solicitar que un proveedor emita una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, debe buscar una nueva farmacia de la red.

Para buscar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

A5. Uso de una farmacia especializada

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de atención a largo plazo (long-term care facility, LTC), como un centro de enfermería.
    - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
    - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense. Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: este escenario debería darse en raras ocasiones). Para buscar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

A6. Uso de servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que usa con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.

Nuestro servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir hasta 100 días de suministro. Usted paga $0.

Surtido de recetas por correo

Para obtener información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta por correo, llame a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711) o visite nuestro sitio web en https://mgbadvantage.org/sco.

Por lo general, un medicamento con receta de pedido por correo llega dentro de los 10 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede demorarse. Si su pedido se retrasa, llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página para obtener un suministro parcial de una farmacia minorista local.

Procesos de pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas de pedido por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia obtiene de usted

   La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de usted.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

   Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante.

   - Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregará el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la formulación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se envíe.
   - Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para decirles qué hacer con la nueva receta y para evitar demoras en el envío.

3. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia surte y entrega automáticamente las recetas nuevas que recibe de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero en estos casos:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con nuestro plan en el pasado **o**
- se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas que usted reciba directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento iniciando sesión en su cuenta de https://www.optumrx.com/ o llamando a Servicios para Miembros.

Si utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe de manera automática cada nueva receta, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de https://www.optumrx.com/ o llamando a Servicios para Miembros.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento de inmediato.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregará el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la formulación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para decirles qué hacer con la nueva receta y para evitar demoras en el envío.

Para cancelar las entregas automáticas de nuevas recetas que usted recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros ingresando a su cuenta de https://www.optumrx.com/ o llamando a Servicios para Miembros.

4. Resurtidos de recetas de pedido por correo.

Para reponer sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que se está por quedar sin su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

- Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que sus medicamentos con receta actuales se acaben para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para retirarse de nuestro programa que prepara de manera automática los pedidos por correo, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de https://www.optumrx.com/ o llamando a Servicios para Miembros.

Infórmele a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted para que puedan hacerlo para confirmar su pedido antes de enviarlo. Puede proporcionar a Optum Rx su número de teléfono preferido iniciando sesión en su cuenta de https://www.optumrx.com/ o llamando a Servicios para Miembros.

A7. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usa con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 100 días tiene un copago de $0, al igual que un suministro para un mes tiene un copago de $0. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Uso de una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con su coordinador de atención o con Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

Cuando viaja o se encuentra fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios.

Si toma un medicamento con receta de manera habitual y va a viajar, asegúrese de comprobar su suministro de medicamentos antes de partir. Si es posible, lleve con usted todos los medicamentos que vaya a necesitar. Es posible que pueda ordenar sus medicamentos con receta con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de pedido por correo o de una farmacia de venta al por menor de la red.

Si va a viajar dentro de los EE. UU., pero fuera del área del servicio del plan y se enferma, pierde o se le acaban sus medicamentos con receta, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás normas de coberturas que se especifican en este documento y si no hay una farmacia de la red disponible. En este tipo de situaciones, deberá pagar el costo completo (en lugar de pagar solo su copago) cuando surta la receta. Puede pedir que le reembolsemos la parte del costo compartido presentando un formulario de reclamación en papel.

Antes de surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red, llame a Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área donde está viajando. Nuestra red de farmacias abarca todo el país. Si no hay farmacias de la red en esa área, Servicios para Miembros puede hacer los arreglos necesarios para que usted obtenga sus recetas en una farmacia fuera de la red.

En otro tipo de situaciones, podemos cubrir su receta si acude a una farmacia fuera de la red:

Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se cumplen al menos uno de los siguientes casos:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en un tiempo adecuado dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable que presten servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta cubierto que por lo general no se encuentra disponible en una farmacia de venta al por menor de la red o de pedido por correo adecuada (estos medicamentos incluyen medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos de especialidad).
- Puede pedir que le reembolsemos la parte del costo compartido presentando un formulario de reclamación.

En estos casos, primero verifique con el Servicios para Miembros para saber si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A9. Reembolso del costo de un medicamento con receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total cuando obtiene su medicamento con receta. Puede solicitarnos un reembolso.

Para obtener más información sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos *Lista de medicamentos* para abreviarla.

Con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos*. La *Lista de medicamentos* también le indica las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando sigue las normas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y productos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por MassHealth (Medicaid).

La *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*

Para averiguar si un medicamento que usa está en nuestra *Lista de medicamentos*, puede hacer lo siguiente:

- Consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web de nuestro plan en https://mgbadvantage.org/sco. La *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Use nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en https://www.optumrx.com/ para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9.**

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

1. La cobertura de medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y MassHealth [Medicaid]) no puede pagar un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubre. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes externos.
2. Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratar la afección. Esto se denomina “uso para una indicación no autorizada”. Nuestro plan generalmente no cubre medicamentos con receta para uso para una indicación no autorizada.

Además, por ley, Medicare o MassHealth (Medicaid) no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación.

- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para pacientes externos fabricados por una compañía que dice que usted debe realizarse pruebas o servicios solo a cargo de ellos.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Por lo general, nuestras normas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la formulación del medicamento que su proveedor le recete, y pueden aplicar distintas restricciones a las distintas versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Si su medicamento tiene alguna norma especial, es posible que usted o su proveedor tengan que realizar procedimientos adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor deba informarnos su diagnóstico o proporcionar primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, pídanos que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos o no aceptar permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

1. Podemos limitar el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando, respectivamente, esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable.

Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares intercambiables funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original disponible, nuestras farmacias de la red le dan, respectivamente, la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca ni el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted o escribió “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original, o nos informó el motivo médico por el cual el medicamento genérico, biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.

2. Obtener la aprobación previa del plan

Para algunos medicamentos, usted o la persona que emite la receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se conoce como autorización previa. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en https://mgbadvantage.org/sco para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de eficaces antes de cubrir medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso que el medicamento B, podemos requerir que pruebe el medicamento A primero. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Si el medicamento A no le resulta eficaz, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en https://mgbadvantage.org/sco para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede tener. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para averiguar si alguna de estas normas se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en https://mgbadvantage.org/sco. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura en función de cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Podemos cubrir una versión

genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado en cuanto a seguridad y eficacia.

- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay normas o límites especiales en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o la persona que emite la receta puedan querer solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que desea que lo cubramos.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra *Lista de medicamentos* o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o para solicitarnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos normas a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
    - ya no está en nuestra *Lista de medicamentos* **o**
    - nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos*, **o**
    - ahora se limita de alguna manera.
2. Debe estar en una de estas situaciones:
        - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
        - Este suministro temporal es para 30 días, como máximo.
        - Si su receta es para menos días, le permitiremos resurtir el medicamento hasta un suministro para 30 días, como máximo. El medicamento con receta debe surtirse en una farmacia de la red.
        - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento en cantidades pequeñas a la vez para evitar el uso indebido.
    - Es nuevo en nuestro plan.

- Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan**.
- Este suministro temporal es para 30 días, como máximo.
- Si su receta es para menos días, le permitiremos resurtir el medicamento hasta un suministro para 30 días, como máximo. El medicamento con receta debe surtirse en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento en cantidades pequeñas a la vez para evitar el uso indebido.

- Ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubrimos un suministro para 31 días o de menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
  - Como miembro actual, si se encuentra en un centro a largo plazo y experimenta un cambio de medicamento imprevisto debido a un cambio en el nivel de atención, puede solicitar que aprobemos un surtido temporal único del medicamento no cubierto para darle tiempo para analizar un plan de transición con su médico. Su médico también puede solicitar una excepción a la cobertura del medicamento no cubierto en función de la revisión de la necesidad médica siguiendo el proceso de excepción estándar descrito anteriormente.
  - Nota: Nuestra política de transición se aplica solo a los medicamentos de la Parte D que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede utilizar para medicamentos que no sean de la Parte D ni para un medicamento en una farmacia fuera de la red.

Para los medicamentos de MassHealth (Medicaid):

- Usted es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro de su medicamento de MassHealth (Medicaid) durante 90 días o hasta que su evaluación integral y su plan de atención estén completos, o menos si su receta es para menos días.
  - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711).

D2. Solicitud de un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY: 711).

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

  Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para Miembros y pida una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

  O

- Solicitar una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene un buen motivo médico para una excepción, puede ayudarle a solicitar una.

D3. Solicitud de una excepción

Si un medicamento que usa se retirará de nuestra *Lista de medicamentos* o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año de la manera que usted desea.
- Le daremos una respuesta a su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo por parte de la persona que emite la receta).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras normas sobre medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir requerir o no requerir aprobación previa (AP) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada para un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si usa un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- un medicamento nuevo y más económico sale al mercado y funciona tan bien como un medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* ahora **o**
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, **o**
- se retira un medicamento del mercado.

¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está usando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consulte nuestra *Lista de medicamentos* actual en línea en https://mgbadvantage.org/sco **o**
- llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

Cambios que podemos realizar en la *Lista de medicamentos* que le afectan durante el año actual del plan

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* ocurrirán de inmediato. Por ejemplo:

- Un nuevo medicamento genérico está disponible. A veces, un nuevo medicamento genérico o biosimilar sale al mercado que funciona tan bien como un medicamento de marca o producto biológico original en la *Lista de medicamentos* ahora. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.
- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que ocurra.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminar los medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo de inmediato de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está usando el medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio. Luego, puede hablar con su médico. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede usar en su lugar.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usa. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir en estos casos:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando ocurren estos cambios:

- le informaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio en nuestra *Lista de medicamentos* **o**
- le informaremos y le daremos un suministro para 30 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otra persona que emite la receta. Ellos pueden ayudarle a decidir lo siguiente:

- si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que puede usar en su lugar **o**
- si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado usando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

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

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usa que no están descritos anteriormente y que no le afectan ahora. Para dichos cambios, si está usando un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, generalmente no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está usando o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento durante el resto del año.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté usando (excepto para los cambios mencionados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1.º de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que le afectará durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos durante la estadía. No pagará un copago. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas de cobertura.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Normalmente, un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el hospicio y nuestro plan.

- Es posible que esté afiliado a un hospicio de Medicare y requiera ciertos medicamentos (p. ej., para el dolor, para las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su hospicio no cubre porque no está relacionado con su pronóstico y afecciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que emite la receta o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle a su proveedor de hospicio o a la persona que emite la receta que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

Si abandona el hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su alta del hospicio.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores de medicamentos o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque usa otro medicamento similar que hace lo mismo;
- pueden no ser seguros para su edad o sexo;
- podrían perjudicarlo si los usa al mismo tiempo;
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico;
- pueden tener un error en la cantidad (dosis);
- tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan también tiene un programa que ayuda a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos los medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que usa.
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones al medicamento. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.
- Cómo usar mejor sus medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre.

Luego, le darán lo siguiente:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para el mejor uso de sus medicamentos.
- También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usa, cuánto debería usar, el momento y la razón por la que los está usando.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

- Información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con la persona que emite la receta sobre su plan de acción y la lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos con usted si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que reúnen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo retiraremos del programa.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos opiáceos de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas que emiten la receta o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con la persona que emite la receta para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con la persona que emite la receta y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiacepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepina con receta de parte de determinada persona que emite la receta.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas que emiten la receta o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirmen las limitaciones.

Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona que emite la receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si usted:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia falciforme;
- recibe cuidados de hospicio, cuidados paliativos o cuidados de final de vida, **o**
- vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid). Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Introducción

Este capítulo le informa lo que usted paga por sus medicamentos para pacientes externos. Por "medicamentos", nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos de la Parte D de Medicare **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por MassHealth (Medicaid), **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

> **Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro. La Ayuda Adicional también se denomina "subsidio por bajos ingresos" o "LIS". **Como miembro de Senior Care Options (SCO), MassHealth (Medicaid) cubre los costos restantes que Medicare no cubre por los costos de medicamentos de la Parte D de Medicare.**

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
    - La llamamos *Lista de medicamentos*. Dice lo siguiente:
        - Qué medicamentos cubrimos.
        - Si hay algún límite en los medicamentos.

- Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en https://mgbadvantage.org/sco.

- **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
  - Indica cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos a través de nuestro plan.
  - Incluye normas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
  - Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para consultar la cobertura de los medicamentos (consulte la **Sección B2 del Capítulo 5**); el costo que se muestra es un cálculo de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para obtener más información.

- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* indica las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)..... 170
B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos 171
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo. 172
C1. Nuestro plan tiene 1 nivel..... 172
C2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento..... 173
D. Lo que paga por las vacunas de la Parte D 173
D1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna..... 173

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que ha efectuado cuando surte sus medicamentos con receta en la farmacia. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **costos de bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos con receta. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante el programa Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de salud para la población indígena estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Con Mass General Brigham SCO, usted no tiene que pagar nada por sus medicamentos con receta, pero debe seguir las normas del Capítulo 5. No tendrá costos de bolsillo. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que usa. La EOB incluye lo siguiente:

- **La información del mes**. El resumen le indica qué medicamentos recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1.º de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información del costo de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.

- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles de menor costo compartido para cada medicamento con receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- También cubrimos algunos medicamentos de venta libre. No debe pagar nada por estos medicamentos.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por MassHealth (Medicaid). Estos medicamentos están incluidos en la *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa, utilizamos los registros que recibimos de usted y de las farmacias. Así es como puede ayudarnos:

1. **Use su tarjeta de identificación de miembro.**

   Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos con receta surte y qué paga.

2. **Asegúrese de que obtengamos la información que necesitamos**.

   Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede solicitarnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

   Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos:

   - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
   - Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
   - Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
   - Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

   Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

3. **Consulte las EOB que le enviamos.**

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Verifique las fechas. ¿Recibió medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos indicados?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta explicación de beneficios, llámenos a Servicios para Miembros de Mass General Brigham SCO. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: https://mgbadvantage.org/sco.

¿Qué sucede con un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está usando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Miembros de Mass General Brigham SCO.
- O bien llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.

Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 o comuníquese con nuestra Línea directa de cumplimiento al 1-844-556-2925 o visite https://massgeneralbrighamhealthplan.ethicspoint.com/.

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo.

Con nuestro plan, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras normas.

C1. Nuestro plan tiene 1 nivel

- Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* del plan se encuentra en un solo nivel. No tiene copagos para con receta ni de venta libre incluidos en la Lista de medicamentos de Mass General Brigham SCO. El nivel 1 incluye todos los medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos preferidos, los medicamentos

genéricos, los medicamentos de marca preferidos, los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos de venta libre de MassHealth (Medicaid). No debe pagar copagos para ninguno de los medicamentos del nivel 1.

C2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro extendido”) cuando surta su medicamento con receta. Este tipo de suministro a largo plazo proporciona hasta 100 días de suministro. No hay costo para usted por un suministro a largo plazo.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D. Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros, para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

1. La primera parte es el costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte es para el costo de la administración de la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que su médico le administra.

D1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención si planea vacunarse. Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos. 175

B. Envío de una solicitud de pago. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos. 178

C. Decisiones de cobertura 179

D. Apelaciones 180

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturarle al plan sus servicios y medicamentos cubiertos después de que los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Mass General Brigham SCO le facturen estos servicios o medicamentos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte el Capítulo 2, Sección A.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a recibir un reembolso.
    - Si pagó por los servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el dinero.
    - Si pagó los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid), no podemos reembolsarle el dinero, pero el proveedor o MassHealth (Medicaid) lo hará. Servicios para Miembros o su coordinador de atención pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para obtener el número de teléfono de Servicios para Miembros.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamar si desea informarnos sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Algunos ejemplos de ocasiones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió incluyen los siguientes:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red.**

- Pídale al proveedor que nos facture. Comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención si necesita ayuda.
- Si paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le devolvamos el dinero. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
    - Si se le debe pagar al proveedor, nosotros se lo pagaremos directamente.
    - Si ya pagó por el servicio de Medicare, le reembolsaremos el dinero.

2. **Cuando un proveedor de la red le envía una factura**

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba algún servicio o medicamento con receta. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan el pago de los servicios o le solicitan un monto que excede la parte que le corresponde del costo. **Llame a Servicios para Miembros** o a su coordinador de atención al número que aparece en la parte inferior de esta página **si recibe alguna factura.**

- Debido a que cubrimos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos.

3. **Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan**

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Eso significa que ha pasado el primer día de su inscripción. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento con receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, usted pagará el costo total de su medicamento con receta.

- Cubriremos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo completo de un medicamento con receta de la Parte D de Medicare porque no lleva su tarjeta de miembro con usted

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque la información de inscripción del plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo o regresar a la farmacia con su tarjeta de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*) en nuestro sitio web, o puede tener un requisito o restricción que usted no conoce o no cree que se aplique a usted. Si usted decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
    - Si no paga el medicamento, pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).
    - Si usted y su médico u otra persona que emite la receta consideran que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), usted puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otra persona que emite la receta para reembolsarle el medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, lo pagaremos.

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para aprender cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

B. Envío de una solicitud de pago. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare, o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.** Puede solicitar ayuda a su coordinador de atención.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reembolsos para solicitar el pago.

- Usted no tiene obligación de utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información más rápido.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web https://mgbadvantage.org/sco, o puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar el formulario.
- Puede ingresar en el Portal para miembros para enviar una solicitud en: https://member.massgeneralbrighamhealthplan.org/.

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

Mass General Brigham Health Plan, Inc.
Servicios para Miembros
399 Revolution Drive, Suite 875
Somerville, MA 02145

Para reclamaciones sobre medicamentos con receta de la Parte D: Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Optum Rx Claims Department
PO Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Debe enviarnos su reclamación dentro de los 365 días de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento para obtener el reembolso. Los reembolsos del beneficio de gimnasio pueden presentarse a más tardar el 31 de marzo del siguiente año del plan.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Eso significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto de dinero, si lo hubiera, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted siguió todas las normas para obtenerlo, lo pagaremos. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* se explican las normas para obtener los servicios cubiertos.
En el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* se explican las normas para obtener cobertura para sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones formales tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* en la **Sección E**.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 182
B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 183
C. **Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)** 184
C1. Cómo protegemos su PHI 184
C2. Su derecho a ver sus registros médicos 185
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información 185
E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente 186
F. Su derecho a abandonar nuestro plan 186
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 187
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 187
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo 188
G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones 189
H. Usted tiene derecho a presentar una queja y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado. 189
H1. Qué hacer acerca del trato injusto o cómo obtener más información sobre sus derechos 189
I. Sus responsabilidades como miembro del plan. 190

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y accesible, incluso a aquellas personas con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidades auditivas o trasfondos culturales y étnicos diversos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, como español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escríbanos a la siguiente dirección:

  Mass General Brigham Health Plan, Inc.
  Servicios para Miembros
  399 Revolution Drive, Suite 875
  Somerville, MA 02145

Para futuros envíos, mantendremos registrada su solicitud de formatos alternativos o idiomas especiales. Si necesita cambiar sus preferencias de comunicación con nosotros en algún momento, llame a Servicios para Miembros o comuníquese directamente con su coordinador de atención.

Si tiene problemas para obtener la información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o a una discapacidad, y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.
  - Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con discapacidades auditivas o del habla.
  - Use la videollamada (VP) llamando al 1-339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.

- Servicio de Atención al Cliente de MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY: 711).
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a escoger un proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros*.
    - Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros, o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red, y qué médicos están aceptando pacientes nuevos.
- También tiene derecho a acudir a un especialista en la salud de la mujer sin una derivación. Una derivación es la aprobación de su PCP para usar un proveedor que no es su PCP. **No** le exigimos que obtenga derivaciones.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo de tiempo razonable.
    - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
    - Si no puede recibir servicios dentro de un plazo de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención de urgencia sin aprobación previa (AP).
- Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros*.

En el Capítulo 9 de este *Manual para Miembros* le informa qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un plazo de tiempo razonable. También le informa qué puede hacer si rechazamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su información de salud personal (personal health information, PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos cuando se trata de su información y de controlar cómo se usa su PHI. Le enviamos un aviso por escrito en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. Este aviso se denomina “Aviso de prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a nadie que no le brinde atención o pague su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley:

- Debemos divulgar PHI a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionar a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a ver sus registros médicos

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI y cómo la compartimos con otras personas para cualquier fin que no sea de rutina.

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

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener información de nuestra parte sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito. Puede obtener este documento y otros documentos impresos en español o puede hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas de forma gratuita. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY 711), de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

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

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan incluye lo siguiente:
  - información financiera
  - cómo nos calificaron los miembros del plan
  - la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros
  - cómo abandonar nuestro plan
- Nuestros proveedores y las farmacias de la red, incluidos los siguientes:
  - cómo elegir o cambiar proveedores de atención primaria

  - las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos los siguientes:
  - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Miembros*) cubiertos por nuestro plan
  - límites a su cobertura y medicamentos
  - normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*), lo que incluye pedirnos que hagamos lo siguiente:
  - aclarar por escrito por qué algo no está cubierto
  - cambiar una decisión que tomamos
  - pagar una factura que recibió

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos menos que el monto que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para Miembros*:
  - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos o MA.

- Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de MassHealth (Medicaid) si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo retiraremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Pedirnos que expliquemos por qué un proveedor rechazó la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor negó la atención que usted cree que debería recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que rechazamos o que, por lo general, no cubrimos.** Esto se denomina tomar una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí solas. Antes de que eso le suceda, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para **darle a alguien el derecho a tomar decisiones médicas en su nombre**, si usted no puede hacerlo por usted mismo.
- **Dar a su médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo manejar su atención médica en caso de que usted no tenga la capacidad para tomar decisiones por usted mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se denomina “directiva anticipada”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder de representación para las decisiones de atención médica.

Usted no está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea usar una directiva anticipada:

- **Obtener un formulario.** Puede recibir el formulario de su médico, un abogado o un asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar el formulario.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere pedir a un abogado o a otra persona en la que confíe, como un familiar o su PCP, que lo ayude a completarlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas que necesiten saberlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que nombre para tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.
- Si sabe que será hospitalizado y ha firmado un formulario de directiva anticipada, **lleve con usted una copia al hospital.**
    - El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo lleva con usted.
    - Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Pida que su directiva anticipada se incluya en sus registros médicos.
- Cambie o cancele su directiva anticipada en cualquier momento.

Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Unidad de Reclamos del Departamento de Salud Pública de Massachusetts, División de Calidad de la Atención Médica llamando al 1-800-462-5540. Puede presentar una queja contra un proveedor de atención médica individual llamando a la Junta de Inscripción en Medicina al 1-781-876-8200.

H. Usted tiene derecho a presentar una queja y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado.

En el Capítulo 9 de este *Manual para Miembros* le informa qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su atención o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan han presentado en nuestra contra. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

H1. Qué hacer acerca del trato injusto o cómo obtener más información sobre sus derechos.

Si cree que lo tratamos injustamente, y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de este *Manual para Miembros*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros.
- Programa Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) al 1-800-243-4636. Para obtener más detalles sobre Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE), consulte el **Capítulo 2,** Sección C.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898 (sin cargo), de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.

- Use el 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con discapacidades auditivas o del habla.
- Use la videollamada (VP) llamando al 1-339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades auditivas.
- Envíe un correo electrónico a My Ombudsman a info@myombudsman.org.

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle a abordar inquietudes o conflictos con su inscripción en Senior Care Options (SCO), o su acceso a los beneficios y servicios de SCO.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY: 711).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan.

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea este *Manual para Miembros*** para conocer lo que cubre nuestro plan y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
  - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*. Esos capítulos le informan qué está cubierto, qué no está cubierto, qué normas debe seguir y qué debe pagar.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para Miembros*.
- **Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que use todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Coméntele a su médico y a otros proveedores de atención médica** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
    - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
    - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a hacerla.
- **Ser considerados.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios de proveedores.
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Mass General Brigham SCO, MassHealth (Medicaid) paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.
    - **Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9**, Sección E, para saber cómo presentar una apelación).
- **Decirnos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su coordinador de la atención o a Servicios para Miembros.
    - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. **En el Capítulo 1** de este *Manual para Miembros* le informa sobre nuestra área de servicio.
    - Podemos ayudarle a averiguar si se muda fuera de nuestra área de servicio.
    - Informe a Medicare y a MassHealth (Medicaid) su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y MassHealth (Medicaid).

- **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, también necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).**

- **Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros si tiene preguntas o inquietudes.**

I1. Recuperación de patrimonio

la ley federal exige que MassHealth (Medicaid) recupere fondos del patrimonio de ciertos miembros mayores de 55 años o de cualquier edad si reciben atención prolongada en un hogar de cuidados o institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de patrimonio de MassHealth (Medicaid), visite www.mass.gov/estaterecovery.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Este capítulo se encuentra en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o inquietud, lea las partes del capítulo que se aplican a su situación.** Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente información sobre qué hacer por su problema o inquietud.

Si tiene un problema con sus servicios

Debe obtener los servicios médicos, los servicios de salud conductual, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención personalizado (ICP). **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o mediante MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante una videollamada telefónica [VP] al 1-339-224-6831).** Este capítulo explica las opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero también puede llamar a My Ombudsman para que lo ayuden con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2**, **Sección G**, para obtener más información sobre My Ombudsman.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o inquietud ... 196
A1. Acerca de los términos legales ... 196
B. Dónde obtener ayuda ... 196
B1. Para obtener ayuda y más información ... 196
C. Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan ... 198
D. Problemas con sus beneficios ... 199
E. Decisiones de cobertura y apelaciones ... 199
E1. Decisiones de cobertura ... 199
E2. Apelaciones ... 200
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones ... 201
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle ... 202
F. Atención médica ... 202
F1. Uso de esta sección ... 203
F2. Solicitar una decisión de cobertura. ... 204
F3. Presentación de una apelación de Nivel 1 ... 206
F4. Presentación de una apelación de Nivel 2 ... 211
F5. Problemas de pago. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos ... 215
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare ... 216
G1. Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D de Medicare ... 217
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare ... 218
G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones ... 219
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción ... 220
G5. Presentación de una apelación de Nivel 1 ... 223
G6. Presentación de una apelación de Nivel 2 ... 225
H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada ... 227
H1. Información sobre sus derechos de Medicare ... 228
H2. Presentación de una apelación de Nivel 1 ... 229
H3. Presentación de una apelación de Nivel 2 ... 231
I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos ... 231
I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura ... 232

I2. Presentación de una apelación de Nivel 1 232
I3. Presentación de una apelación de Nivel 2 234
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 235
J1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare 235
J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid) 236
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare 236
K. Cómo presentar una queja 238
K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas 238
K2. Quejas internas 240
K3. Quejas externas 242

A. Qué debe hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones**, y otro para **presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Para garantizar la imparcialidad y la puntualidad, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Este capítulo incluye terminología legal para algunas de las normas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, por lo que usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” también se denomina “enviar una queja formal”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”.
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE).

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con más claridad, por eso también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener ayuda y más información

A veces, es confuso comenzar o seguir el proceso para lidiar con un problema. Esto sucede sobre todo si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP). Los asesores de SHINE pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer con su problema. SHINE no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. SHINE cuenta con asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636 y su sitio web es https://shinema.org/. TTY (para personas sordas o con discapacidades auditivas o del habla): 1-800-439-2370 (solo Massachusetts).

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Puede llamar directamente al Servicio de atención al cliente de MassHealth (Medicaid) para obtener ayuda con un problema. Llame al 1-800-841-2900. TTY (para personas sordas o con discapacidades auditivas o del habla): 711.

Ayuda de My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con Senior Care Options (SCO). Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o ayuda para resolver cualquier problema con su plan SCO. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. También puede encontrar información sobre My Ombudsman en la **Sección G** del **Capítulo 2**. El personal de My Ombudsman:

- Puede responder sus preguntas o derivarle al lugar correcto para encontrar lo que necesita.
- Puede ayudarle a abordar un problema o inquietud con SCO o su plan de SCO, Mass General Brigham SCO. El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el problema y analizará las opciones con usted para ayudar a resolver el problema.
- Puede ayudar con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitar a su plan SCO, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué esperar durante dicho proceso.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

Puede llamar, enviar un mensaje de correo electrónico, escribir o acudir personalmente a la oficina de My Ombudsman.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. Las personas sordas o con discapacidades auditivas o del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o por videollamada (VP) al 1-339-224-6831.
- Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org
- Escriba o diríjase personalmente la oficina de My Ombudsman en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.
    - Consulte el sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada sobre la ubicación, las citas y el horario de atención.
- Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org

C. Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) en nuestro plan

Usted tiene Medicare y MassHealth (Medicaid). La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

A veces, los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no pueden combinarse. En esos casos, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de MassHealth (Medicaid). **La Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o inquietud, lea las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Tiene problemas o inquietudes sobre sus beneficios o la cobertura? Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección E,** "Decisiones de cobertura y apelaciones".	**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección K**, "Cómo presentar una queja".

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir una decisión de cobertura y realiza una apelación trata sobre problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos o servicios médicos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o el servicio mencionado no está cubierto en ningún caso (consulte la **Sección H del Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Usted o su médico pueden no estar seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de obtenerlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento ya no forma parte de su cobertura o ya no está cubierto por Medicare o MassHealth (Medicaid). Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

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 que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, en la Sección F2, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o la “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o MassHealth (Medicaid), la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid), la carta le brindará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para Miembros,** a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- Llame a su coordinador de atención.
- Llame, envíe un mensaje de correo electrónico, escriba o visite **My Ombudsman**.
    - Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. Las personas sordas o con discapacidades auditivas o del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o por videollamada (VP) al 1-339-224-6831.
    - Envíe un mensaje de correo electrónico a info@myombudsman.org
    - Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org
    - Escriba o diríjase a la oficina de My Ombudsman en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.

      – Consulte el sitio web de My Ombudsman o comuníquese directamente con ellos para obtener información actualizada sobre la ubicación, las citas y el horario de atención.
- **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE. SHINE es una organización independiente. No está relacionada con este plan. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas o con discapacidades auditivas o del habla): 1-800-439-2370 (solo Massachusetts).
- **Su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar**. Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado**. Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a que un abogado** solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
    - Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos.

Complete el formulario de Designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para que actúe en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página y solicite el formulario “Designación de representante”. También puede obtener el formulario ingresando en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://mgbadvantage.org/sco. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Existen cuatro situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Brindamos detalles para cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos” (esta sección se aplica solo a los siguientes servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF])

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.

Si necesita otra ayuda o información, llame a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o use MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o por videollamada [VP] al 1-339-224-6831) o envíe un mensaje de correo electrónico a info@myombudsman.org. También puede llamar a Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) al 1-800-243-4636 (TTY 1-800-439-2370) o ingresar en www.mass.gov/health-insurance-counseling.

F. Atención médica

Esta sección explica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* en la tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse normas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. En ese caso, explicamos en qué se diferencian las normas para medicamentos de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

F1. Uso de esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que usted cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió y pagó la atención médica que pensó que cubrimos, y desea que le reembolsemos.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para determinada atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o detener la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios de CORF, se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o interrupción de su cobertura para cierta atención médica, use esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Solicitar una decisión de cobertura.

> Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- Por teléfono: 1-888-816-6000, TTY: 711.
- Por fax: 1-617-526-1910.
- Por correo:
  Servicios para Miembros de Mass General Brigham Health Plan
  399 Revolution Drive Suite 875
  Somerville, MA 02145

Decisión de cobertura estándar

Cuando le damos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar”, a menos que aceptemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta dentro de:

- **7 días calendario** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico que está sujeto a nuestras normas de autorización previa**.
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **de todos los demás servicios o artículos médicos**.
- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito. **No podemos tomarnos más tiempo si usted está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

Decisión de cobertura rápida

> El término legal para una decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada**.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de:

- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un servicio o artículo médico**.
- **24 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito. **No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Usted solicita cobertura para artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El hecho de usar los plazos estándar **podría causarle graves daños a su salud** o perjudicar su capacidad física.

Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si nos pregunta sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si obtendrá una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta en la que se lo informamos y utilizamos los plazos estándar. La carta le informa lo siguiente:
  - Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.

- Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que explicamos los motivos.

- Si lo **rechazamos**, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, la presentación de una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen los siguientes:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo.
- si usted solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos la solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Presentación de una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-888-816-6000 (TTY: 711) o comuníquese con nosotros utilizando la siguiente información.

Mass General Brigham Health Plan
Appeals and Grievances Department
399 Revolution Drive, Suite 875
Somerville, MA 02145
Fax: 1-617-526-1923
Correo electrónico: HealthPlanDSNPMAAppealsGrievances@mgb.org

También puede enviar una solicitud a través de su Portal para miembros en: https://member.massgeneralbrighamhealthplan.org/.

Además, si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o por videollamada [VP] al 1-339-224-6831). My Ombudsman no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llámenos al 1-888-816-6000, o envíenos un mensaje de correo electrónico a HealthPlanDSNPMAAppealsGrievances@mgb.org.

- Si su médico u otra persona que emite la receta pide que se continúe con un servicio o artículo que usted ya está recibiendo durante su apelación, es posible que usted deba nombrar a esa persona como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no es su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario ingresando en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://mgbadvantage.org/.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
  - Desestimaremos su solicitud.
  - Le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente (IRO) que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una justificación para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de justificación son una enfermedad grave o información incorrecta recibida de nosotros sobre la fecha límite. Explique el motivo por el que su apelación se retrasa cuando presenta su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

> El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”.**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida.

Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si recibirá una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos y utilizaremos los plazos estándar. La carta le informa lo siguiente:
  - Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
  - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le indicamos que vamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, según lo que ocurra más tarde.
  - Si cumple este plazo, seguirá recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1.
  - También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.
  - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera su decisión de la apelación.

Tomamos en cuenta su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si está solicitando un artículo o servicio médico.
    - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
    - No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si usted está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o al final de los días adicionales que nos tomemos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), puede presentar una audiencia imparcial de Nivel 2 ante el estado tan pronto como finalice el plazo.
- **Si aceptamos** una parte o **la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación para la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si está solicitando un artículo o servicio médico.
    - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
    - No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si usted está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.
    - Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K.**
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite o al final de los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Más adelante en este capítulo, le informamos sobre esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), puede presentar una audiencia imparcial de Nivel 2 ante el estado tan pronto como finalice el plazo.

Si aceptamos una parte o **la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare, después de recibida su apelación.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos adicionales de apelación:**

- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.

- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), la carta le informará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

F4. Presentación de una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le informa si Medicare, MassHealth (Medicaid) o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, apenas se haya completado la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar cubierto por MassHealth (Medicaid), puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. La carta le indicará cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medicare y MassHealth (Medicaid)** pueden cubrir, usted recibe automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si reúne los requisitos para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, el artículo o el medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que suele estar cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que suele estar cubierto por MassHealth (Medicaid), sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de nuestra decisión.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir:

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

> El nombre formal para la organización de revisión independiente (IRO) es **Entidad de revisión independiente**, a veces llamada **IRE (Independent Review Entity).**

- Esta organización no está vinculada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que sea la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación (su "expediente del caso"). Usted tiene derecho a obtener una copia gratuita de su expediente de caso.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRO información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concede una apelación rápida en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concede automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la IRO necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para llegar a una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también **se le concede** una apelación estándar en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación estándar con nosotros en el Nivel 1, también se le concede automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2, **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la IRO necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomarse más tiempo para llegar a una decisión si usted está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos hacer lo siguiente:
  - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas.**
  - Proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO para **solicitudes estándar.**
  - Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO en el caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
  - **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes estándar.**
  - **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO en el caso de **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “ratificación de la decisión” o “rechazo de su apelación”.
  - Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.
  - Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
  - Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
  - Un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre, o que está cubierto por Medicare y MassHealth (Medicaid)

Una apelación de Nivel 2 por servicios que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre es una audiencia imparcial ante el estado. En MassHealth (Medicaid), la audiencia imparcial se denomina audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha de envío de la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia imparcial.

Las personas inscritas deben solicitar una apelación de Nivel 2 por los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid). El formulario se enviará a las personas inscritas con la carta de decisión de denegación. El formulario debe completarse y enviarse junto con una copia del aviso que está apelando ante:

The Board of Hearings Office of Medicaid
100 Hancock Street, 6th floor
Quincy, MA 02171

O bien, puede enviar un fax o llamar por teléfono:

- Envíe por fax o fax electrónico estos materiales a la Junta de Audiencias al 1-617-887-8797.
- Llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, TDD/TTY: 711, para completar su solicitud de un formulario de audiencia imparcial por teléfono.

La oficina de audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la oficina de audiencia imparcial **acepta** una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** después de recibir dicha decisión.
- Si la oficina de audiencia imparcial **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “ratificación de la decisión” o “rechazo de su apelación”.

Si la IRO o la oficina de audiencia imparcial **rechazan** la totalidad o parte de lo que usted pidió, usted tiene derechos adicionales de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 fue dirigida a la **IRO,** puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un monto mínimo determinado. Un ALJ o abogado mediador

se encarga de la apelación de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial le describirá la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

No permitimos que los proveedores de la red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior al que cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si cumplió las normas para obtener los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*. Describe situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Si solicita que le reembolsen el dinero, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto, y si siguió todas las normas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las normas, le enviaremos a usted ***o*** a su proveedor el pago del servicio o artículo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero antes de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Su proveedor puede enviarle el pago.
- Si todavía no ha pagado por los servicios o artículos, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las normas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo, y le explicaremos por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Cuando siga las instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si eso sucede.

- Si la IRO decide revocar nuestra decisión y dice que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **positiva** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina “ratificación de la decisión” o “rechazo de su apelación”. Recibirá una carta explicando los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y MassHealth (Medicaid) generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Existen algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que MassHealth (Medicaid) puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección, diremos “medicamento” en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare”. Para los medicamentos cubiertos solo por MassHealth (Medicaid), siga el proceso de la **Sección E**.

Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos o avalado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D de Medicare

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos que hagamos lo siguiente:
    - cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan; o
    - dejar de lado una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo).

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

> La decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **"determinación de cobertura".**

- Nos pide que paguemos un medicamento que usted ya compró. Eso significa solicitar una decisión de cobertura sobre el pago. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o necesita que dejemos de lado una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* y cree que cumple con las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Desea pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y pagó.	Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.
Puede solicitar que hagamos una excepción.(Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede solicitar una decisión de cobertura.**	**Puede solicitarnos un reembolso.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Eso significa que nos pide que reconsideremos la decisión).
Comience con **la Sección G2**, luego consulte las **Secciones G3 y G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G5**.

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la forma que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona que emite la receta tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

> La solicitud de cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o para la eliminación de una restricción para un medicamento a veces se denomina solicitud de una **"excepción de formulario**".

A continuación, se presentan algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que emite la receta puede solicitarnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos.***
   - Podemos aceptar hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**.
   - Se aplican reglas o restricciones adicionales a determinados medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información).
   - Las reglas y restricciones adicionales para determinados medicamentos incluyen:
     - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se denomina "autorización previa (AP)".
     - Tener que probar primero un medicamento diferente para que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se denomina "terapia escalonada".
     - Límites en la cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de medicamento que puede recibir.

G3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico o la persona que emite la receta debe informarnos los motivos médicos.

Su médico o la persona que emite la receta debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona que emite la receta cuando pida la excepción.

Generalmente, la *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estos se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo es igual de

efectivo que el medicamento que está solicitando y no provoca más efectos secundarios u otros problemas de salud, normalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos **rechazarla**.

La siguiente sección explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al <número de teléfono>, por correo o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que dé su permiso por escrito a su médico u otra persona que emite la receta para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
- Si solicita una excepción, entréguenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye los motivos médicos de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para la solicitud de excepción.
- Su médico o la persona que emite la receta puede enviarnos la declaración de respaldo por fax o correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos el estado de cuenta por fax o correo postal.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le brindemos una "decisión de cobertura rápida".

Usamos los "plazos estándar", a menos que aceptemos usar los "plazos rápidos".

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

> Una "decisión de cobertura rápida" se conoce como una **"determinación de cobertura acelerada".**

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad funcional se verían gravemente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otra persona que emite la receta nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, lo aceptaremos y se la daremos. Le enviaremos una carta para informarle.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su médico u otra persona autorizada a dar recetas, nosotros decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándar en su lugar.
    - Le enviaremos una carta para informarle. La carta también le informa cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
    - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le daremos la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le daremos la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.

- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo presentar una apelación.

G5. Presentación de una apelación de Nivel 1

> Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D de Medicare se denomina **"redeterminación"** del plan.

- Comience su **apelación estándar** o **rápida** llamando al 1-800-711-4555, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una justificación para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de justificación son una enfermedad grave o información incorrecta recibida de nosotros sobre la fecha límite. Explique el motivo por el que su apelación se retrasa cuando presenta su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

> Una apelación rápida también se denomina **"redeterminación acelerada"**.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que no recibió, usted y su médico o la otra persona que emite la receta decidirán si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Tomamos en cuenta su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y hacemos otro análisis cuidadoso de toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con su médico u otra persona que emite la receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
    - Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explicarán los motivos y se le informará cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si usted considera que su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.
    - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.

- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta en la que se explicarán los motivos y se le informará cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación.
    - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explicarán los motivos y se le informará cómo puede presentar una apelación.

G6. Presentación de una apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si deberíamos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la “organización de revisión independiente” (IRO) es **“Entidad de revisión independiente”**, a veces denominada **“IRE”.**

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otra persona que emite la receta debe comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, la carta que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.

- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a obtener una copia gratuita de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la IRO información adicional para sustentar su apelación.

La IRO revisa su apelación de la Parte D de Medicare de Nivel 2 y le brinda una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, pida a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobada **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **Dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **Dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobada **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “ratificación de la decisión” o “rechazo de su apelación”.

Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un monto mínimo. Si el valor en

dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su apelación de Nivel 2 y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted:
  - Decide si desea presentar una apelación de Nivel 3.
  - Debe consultar la carta que la IRO le envió después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado mediador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando es hospitalizado, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el hospital le comunicarán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su atención cuando salga del hospital, puede pedir una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo solicitarla.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, alguien en el hospital, como un enfermero o asistente social, le dará un aviso por escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital.

Si no recibe el aviso, pídaselo a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** atentamente y consulte cualquier duda que tenga. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente de un hospital, incluidos sus derechos a lo siguiente:
    - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
    - Formar parte de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
    - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
    - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
    - Usted o a alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
    - La firma del aviso **solo** muestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted acepte una fecha de alta que su médico o el personal del hospital puedan haberle dicho.
- **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día que abandona el hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede ver una copia del aviso antes si hace lo siguiente:

- Llama a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

- Ingresa en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Presentación de una apelación de Nivel 1

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para averiguar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga. Estos expertos controlan y ayudan a mejorar la calidad de las personas con Medicare. Ellos no forman parte de nuestro plan.

En Massachusetts, la QIO es Acentra Health. Llámelos al 1-888-319-8452. La información de contacto también se encuentra en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el Capítulo 2.

Llame a la QIO antes de abandonar el hospital y antes de su fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin pagar mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llama a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame a Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE).

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

> El término legal para **“revisión rápida”** es **“revisión inmediata”** o **“revisión acelerada”.**

Qué sucede durante una revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No tiene obligación de escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les demos.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta planificada. La carta también explica los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta adecuada que es médicamente adecuada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es **"Aviso detallado del alta hospitalaria".** Puede obtener un ejemplo llamando a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

En el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le dará una respuesta a su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Continuaremos proporcionando los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sea medicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Consideran que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior al día que la QIO le dé su respuesta a la apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada.

H3. Presentación de una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la QIO **rechace** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación otra vez.
- Informarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Continuaremos proporcionando los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sea medicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Ellos están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le dan una carta que le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado mediador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo sobre tres tipos de servicios que puede estar recibiendo:

- servicios médicos en el hogar;
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada; **y**
- atención de rehabilitación como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Esto generalmente significa

que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante el tiempo que el médico diga que los necesita.

Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, debemos informarle **antes** de que finalicen. Cuando finalice su cobertura para ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención muy pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** muestra que recibió la información. La firma **no** significa que está de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Presentación de una apelación de Nivel 1

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
  - Llama a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
  - Llame a Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE)
- **Comuníquese con la QIO.**
  - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
  - Pídales que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.

- **Actúe con rapidez y solicite una "apelación de vía rápida".** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia que aparece en el "Aviso de no cobertura de Medicare".

> El término legal para el aviso por escrito es **"Aviso de no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. U obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación de vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar. No tiene obligación de escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les dio nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibe el aviso antes del final del día en que los revisores nos informan su apelación.

> El término legal para la explicación del aviso es **"Explicación detallada de no cobertura".**

- Los revisores comunicarán su decisión dentro del plazo de un día completo después de obtener toda la información necesaria.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le informamos.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

- Dejamos de pagar los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o CORF después de la fecha en que finaliza su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Presentación de una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, usted solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la QIO **rechace** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación otra vez.
- Informarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.
- Seguiremos brindando cobertura para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Ellos están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le dan una carta que le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado mediador maneja las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no cumple con un monto mínimo determinado, ya no puede apelar. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelaciones. La carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia de un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación**,** tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos a la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o abogado mediador.
    - Si el ALJ o el abogado mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** a su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o niega nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación y toda la información, y tomará la decisión de **aceptar** o **rechazar**. Esta es la decisión final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Primera Instancia.

J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial le indicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones. Consulte la Sección F4 de este capítulo para obtener más información sobre la oficina de audiencia imparcial.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que reciba

para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones habrá terminado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para el medicamento aprobada dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones habrá terminado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura para el medicamento aprobada dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación o deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si decide **no aceptar** la decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación y toda la información, y tomará la decisión de **aceptar** o **rechazar**. Esta es la decisión final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Primera Instancia.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas, tales como problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• No está conforme con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicios de atención al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor o personal de atención médica fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que lo están retirando de nuestro plan.

Queja	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios y centros de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted habla (como el lenguaje de señas estadounidense o español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Le cuesta conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	• Cree que la clínica, el hospital o consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	• Cree que no le dimos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de comprender.
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	• Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o reembolsarle ciertos servicios médicos. • Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Existen diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Las quejas internas se presentan a nuestro plan y el plan es el encargado de revisarlas. Las quejas externas se presentan a una organización no afiliada a nuestro plan presenta y dicha organización es la encargada de revisarlas. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o por videollamada [VP] 1-339-224-6831).

> El término legal para una “queja” es **“queja formal”.**
>
> El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una queja formal”.**

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-888-816-6000 (TTY 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores a haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

- Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo indicará.
- También puede escribir su queja y enviárnoslo. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- En el caso de las quejas formales estándares, le responderemos dentro de 30 días calendario desde la recepción de su queja formal por escrito. En el caso de las quejas formales aceleradas, debemos tomar una decisión y notificarle dentro de 24 horas (consulte la “queja rápida” a continuación).
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de “cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”. Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta dentro de 24 horas.
- El plazo para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.
- De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.

- La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida. Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- Si no estamos de acuerdo con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

> **El término legal** para “queja rápida” es **“queja formal acelerada”.**

De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de los 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y un tiempo estimado para obtener la respuesta.
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y le responderemos dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, le damos automáticamente una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Respondemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente una queja ante Mass General Brigham SCO antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas de manera seria y utiliza esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) si cree que no ha sido tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de OCR:

Office for Civil Rights – New England Region
U.S. Department of Health and Human Services Government Center
J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875 Boston, MA 02203
Centro de respuesta al cliente: 1-800-368-1019; TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-202-619-3818
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA). Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener ayuda llamando al 1-855-781-9898 (o utilizando MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o mediante una videollamada [VP] al 1-339-224-6831) o enviando un correo electrónico a info@myombudsman.org.

Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO).
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.

En Massachusetts, la QIO se llama Acentra Health. El número de teléfono de Acentra es 1-888-319-8452.

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía del plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de abandonar nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y MassHealth (Medicaid), siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Mientras siga siendo elegible para Medicare y MassHealth (Medicaid), puede abandonar Mass General Brigham SCO sin perder sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Si cree que desea finalizar su membresía en nuestro plan, hay algunas maneras en las que puede obtener más información sobre lo que sucederá y cómo puede seguir recibiendo los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid).

- Llame al Servicio de atención al cliente de MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas o con discapacidades auditivas o del habla) pueden llamar al 711.

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-877-486-2048.

- Comuníquese con un asesor de SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas o con discapacidades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-439-2370.

Índice

A. ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 245
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 246
C. Cómo obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado 246
C1. Sus servicios de Medicare 247
C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid) 250
D. Sus medicamentos, artículos y servicios médicos hasta que finalice su membresía en nuestro plan 251
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan 251
F. Normas que prohíben que usted deje nuestro plan por razones relacionadas con la salud 253
G. Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan. 253
H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía 253

A. ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene MassHealth (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además de esta flexibilidad, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción abierta** que va desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.

- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** que va desde el 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo:

- si se muda fuera del área de servicio;

- si su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) o Ayuda Adicional cambió; **o**

- si se mudó recientemente a un centro de enfermería o a un hospital de atención a largo plazo, recibiendo actualmente atención en uno de estos establecimientos.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**

- Servicios de MassHealth (Medicaid) en la **Sección C2**

Puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía llamando a:

- Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página. El número para usuarios TTY también figura allí.

Si tiene preguntas, llame a Mass General Brigham SCO al 1-888-816-6000 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre). La llamada es sin cargo. **Para obtener más información**, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP), SHINE, al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas o con discapacidades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-800-439-2370.

NOTA: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP), quizás no pueda cambiarse de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe solicitar la cancelación de su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan en el cuadro de la **Sección C1**.
- La **Sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que se enumeran a continuación cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertos momentos del año, incluido el **período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted finaliza automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Otro plan que proporciona Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de MassHealth (Medicaid) en un solo plan, también conocido como plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual-eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado o un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo D-SNP integrado. Para consultas sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) al 1-800-243-4636. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-800-439-2370. **O** • Comuníquese con un nuevo D-SNP integrado para inscribirse en el plan. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.

2. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. **O** • Comuníquese con un nuevo plan de medicamentos de Medicare para inscribirse directamente en su plan. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Original Medicare.

3. Puede cambiar a: **Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare** **NOTA:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a SHINE al 1-800-243-4636, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de SHINE en su área, ingrese en https://mgbadvantage.org/sco.	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Original Medicare.

4. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, incluido el **período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** u otras situaciones descritas en la **Sección A.**	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo plan de Medicare. Para consultas sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. **O** • Comuníquese con un nuevo plan Medicare Advantage para inscribirse directamente en el plan. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.

C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid)

Algunas personas que deciden no unirse a un plan Senior Care Options (SCO) pueden unirse a un tipo diferente de plan para obtener sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) juntos.

- Si tiene 55 años o más, puede ser elegible para inscribirse en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) (se aplican criterios adicionales). PACE ayuda a los adultos mayores a permanecer en la comunidad en lugar de recibir atención en un centro de enfermería. Si se inscribe en PACE, no puede inscribirse en un plan Senior Care Options.

Para obtener información sobre los planes PACE y saber si puede inscribirse en uno, llame al Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (SHINE) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Siga recibiendo sus servicios y medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

D. Sus medicamentos, artículos y servicios médicos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía finalice y comience su nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Durante ese tiempo, usted sigue recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Use las farmacias de nuestra red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para surtir sus medicamentos con receta.
- Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía en Mass General Brigham SCO, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Los siguientes son casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para MassHealth (Medicaid) y su período de consideración ha finalizado. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos para Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Si se inscribe en un programa de exención de servicios en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) de MassHealth (Medicaid).
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se muda a un centro de atención intermedia operado por el Departamento de Servicios de Desarrollo de Massachusetts.

- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses. Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos.
- Si tiene u obtiene otro seguro integral para medicamentos o atención médica.
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está residiendo legalmente en los Estados Unidos.
    - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) nos informarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito.
    - Debemos cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

Podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y MassHealth (Medicaid):

- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare solicite al Inspector general que investigue su caso).
- Los planes proporcionarán elegibilidad continua estimada a cualquier miembro que experimente una pérdida de elegibilidad durante un período de no menos de 30 días, siempre y cuando se apliquen los criterios de manera consistente a todos los miembros, e informen plenamente a los miembros sobre la póliza.

F. Normas que prohíben que usted deje nuestro plan por razones relacionadas con la salud

Nosotros no podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con la salud Si cree que le pedimos que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestras razones de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre la finalización de su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes 255

B. Aviso sobre no discriminación 255

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso 257

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para Miembros*. Estas leyes puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este *Manual para Miembros*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas de Medicare y MassHealth (Medicaid). Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Nosotros no discriminamos ni lo tratamos diferente por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o conductual, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede ingresar en www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local.
  Office for Civil Rights – New England Region
  U.S. Department of Health and Human Services Government Center
  J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875 Boston, MA 02203
  Centro de respuesta al cliente: 1-800-368-1019; TDD: 1-800-537-7697
  Fax: 1-202-619-3818
  Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

Aviso que informa a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad, y la declaración de no discriminación:

La discriminación está prohibida por ley. Mass General Brigham Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (dentro del alcance de la discriminación por motivos de sexo que se describe en la sección 92.101[a][2], Título 45, del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]). Mass General Brigham Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Mass General Brigham Health Plan:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares adecuados y sin cargo para que puedan comunicarse con nosotros de forma eficaz, tales como:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares adecuados, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicio para Miembros de Senior Care Options.

Mass General Brigham Health Plan
Servicio al cliente de Senior Care Options
399 Revolution Drive, Suite 875
Somerville, MA 02145
Teléfono: 1-888-816-6000 (TTY 711) Fax: 1-617-526-1980
Correo electrónico: HealthPlanDualsCustomerService@mgb.org

Si cree que Mass General Brigham Health Plan no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante la siguiente persona: Coordinador de apelaciones y quejas formales.

Mass General Brigham Health Plan
Appeals and Grievances Department
399 Revolution Drive, Suite 875
Somerville, MA 02145
Teléfono: 1-888-816-6000 (TTY 711) Fax: 1-617-526-1980
Correo electrónico: HealthPlanAppealsGrievance@mgb.org

Puede presentar una queja formal en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de apelaciones y quejas formales está disponible para ayudarle.

También puede presentar un queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health & Human Services
Room 509F, HHH BLDG
200 Independence AVE, SW
Washington, DC 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
1-800-537-7697 (TDD)
Los formularios de quejas están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html
Este aviso está disponible en el sitio web de Mass General Brigham Health Plan: https://mgbadvantage.org/sco

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso

A veces, otra entidad debe pagar primero los servicios que le brindamos a usted. Por ejemplo, si usted sufre un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidentes laborales deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y reglamentaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica para los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que MassHealth (Medicaid) sea el pagador de último recurso.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo este *Manual para Miembros* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria (AVD): lo que las personas hacen un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de asistencia de medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP): programa que ayuda a que las personas elegibles que viven con VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas.

Centro quirúrgico ambulatorio: establecimiento que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: una manera de cuestionar una medida nuestra si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* se explican las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Salud conductual: término abarcador que se refiere a la salud del comportamiento y a los trastornos por consumo de sustancias.

Producto biológico: un medicamento que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de un nuevo medicamento con receta. (Vaya a “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: un medicamento que fabrica y vende la compañía que fabricó originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas del medicamento. Por lo general, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, habitualmente, no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

Coordinador de atención: una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Plan de atención: consulte “Plan de atención personalizado”.

Equipo de atención: consulte “Equipo de atención interdisciplinaria”.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con los CMS.

Queja: una declaración escrita u oral que indica que usted tiene un problema o una inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, los proveedores o las farmacias de nuestra red. El término formal de “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Proporciona diversos servicios, incluidos servicios de fisioterapia, sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y evaluación del entorno del hogar.

Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos, o el monto que pagamos por sus servicios de salud. **En el Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta y de venta libre que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: término general que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural: capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus orígenes, valores y creencias, para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Anulación de inscripción: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La anulación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (no por decisión propia).

Programa de administración de medicamentos (DMP): programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que suelen usarse indebidamente.

Nivel de medicamentos: grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* está en un nivel.

Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP): plan de salud que presta servicios a personas que son elegibles para Medicare y MassHealth (Medicaid). Nuestro plan es un plan D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que su médico solicita para que usted use en su hogar. Los ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión

intravenosa, dispositivos para la generación del habla, insumos y equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, que pierda una extremidad, o que pierda o sufra un deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Ayuda Adicional: el programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS” (Low-Income Subsidy).

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por la FDA para usar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que el medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona igual que el medicamento de marca.

Queja formal: queja que presenta sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye las quejas sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Plan de salud: organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También incluye a coordinadores de atención que lo ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos colaboran para brindarle la atención que usted necesita.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): revisión de sus antecedentes médicos y su estado actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliar sanitario a domicilio: persona que presta servicios que no requieren las competencias de un enfermero o terapeuta titulado, como ayuda con los cuidados personales (p. ej., bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los auxiliares sanitarios a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Hospicio: programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Pronóstico terminal se refiere a las personas que se han certificado médicamente como enfermos terminales, es decir, que tienen una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención integral a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Tenemos la obligación de proporcionarle una lista de centros de hospicios en su área geográfica.

Facturación inadecuada/inapropiada: situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprenda.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios. Tenga en cuenta que los miembros elegibles no deben pagar los servicios cubiertos.

Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO): organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es la **Entidad de Revisión Independiente.**

Plan de atención personalizado (ICP o plan de atención): plan para saber qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo.

Paciente internado: término utilizado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, aún puede ser considerado un paciente externo en lugar de un paciente internado, incluso si pasa la noche en el hospital.

Equipo de atención interdisciplinaria (Interdisciplinary Care Team, ICT, o equipo de atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que estén disponibles para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayuda a elaborar un plan de atención.

D-SNP integrado: un plan de necesidades especiales con elegibilidad doble que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de MassHealth (Medicaid) en un solo plan de salud para ciertos grupos de

personas elegibles para Medicare y MassHealth (Medicaid). Estas personas también se denominan personas elegibles para el beneficio total de manera dual.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

***Lista de* medicamentos *cubiertos (Lista de medicamentos*):** una lista de medicamentos con receta y de venta libre que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si hay alguna norma que deba seguir para obtener sus medicamentos. La *Lista* de *medicamentos* a veces se denomina "formulario".

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para no tener que ir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS incluyen servicios comunitarios y centros de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte "Ayuda Adicional".

MassHealth (Medicaid): el programa de Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts. MassHealth (Medicaid) es administrado por el estado y pagado por el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyo a largo plazo, y los costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas MassHealth (Medicaid) varían según el estado, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y MassHealth (Medicaid).

Medicaid (MassHealth): programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos.

Médicamente necesario: servicios que son razonables y necesarios:

- para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión, o
- para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado, o
- médicamente necesarios de otro modo según la ley de Medicare.

De acuerdo con la ley y la reglamentación de MassHealth (Medicaid) y según MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios en estos casos:

- Podrían calcularse razonablemente para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones que pongan en peligro su vida, le causen sufrimiento o dolor,

causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o provoquen una enfermedad o dolencia; y

- No hay otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione bien y que sea adecuado para usted y que sea menos costoso.

La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con los estándares profesionalmente reconocidos de atención médica, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha necesidad y calidad médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas que tienen 65 años o más, ciertas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (por lo general, aquellas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención médica gestionado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): programa de salud estructurado de cambio de conducta que brinda capacitación práctica sobre el cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado de Medicare-MassHealth (Medicaid): persona que califica para la cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Un afiliado de Medicare-MassHealth (Medicaid) también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios en hospitales, centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y hospicios.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite que las compañías de seguros médicos privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Para abreviar, llamamos a este programa “Parte D”. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes externos, vacunas y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o MassHealth (Medicaid). Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. MassHealth (Medicaid) puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Manejo de la terapia con medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare y MassHealth (Medicaid) que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

***Manual para Miembros* e información de divulgación:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusula adicional que explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Servicios para Miembros: departamento de nuestro plan encargado de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: una farmacia que acordó surtir medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque acordaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a los miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Establecimiento o centro de cuidados: lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Mediador: oficina en Massachusetts que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja, y pueden ayudarle a comprender qué hacer. Los servicios del mediador son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para Miembros*.

Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. **El Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. Con Original Medicare, los servicios se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no ha acordado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que consigue en las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o **centro fuera de la red:** proveedor o centro que no es empleado, propiedad ni está operado por nuestro plan, y que no tiene contrato para proporcionar servicios cubiertos a los

miembros de nuestro plan. **El Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* explica los proveedores o centros fuera de la red.

Medicamentos de venta libre: Los medicamentos de venta libre son medicamentos que una persona puede comprar sin la receta de un profesional de atención médica.

Parte A: consulte "Parte A de Medicare".

Parte B: consulte "Parte B de Medicare".

Parte C: Consulte "Parte C de Medicare".

Parte D: consulte "Parte D de Medicare".

Medicamentos de la Parte D: consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Información de salud personal (también llamada información médica protegida) (Personal Health Information, PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas médicas y antecedentes médicos. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (Primary care provider, PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (AP): una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico, o usar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si usted no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe una AP de nuestra parte.

- Los servicios cubiertos que necesitan la AP de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted recibe la AP de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la AP de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las normas se publican en nuestro sitio web.

Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE): programa que cubre los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) juntos para personas mayores de 55 años que necesitan un nivel más alto de atención para vivir en el hogar.

Prótesis y ortopedia: Dispositivos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, férulas para brazo, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad QIO): grupo de médicos y otros expertos de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal le paga a la Organización para la mejora de la calidad (QIO) para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre medicamentos cubiertos y beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, medicamentos alternativos que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Derivación: una derivación es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para usar un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una derivación para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre derivaciones en **los Capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (SNF): centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): atención especializada de enfermería y servicios de rehabilitación prestados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención de un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Especialista: médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo específica.

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de MassHealth (Medicaid) que no aprobaremos, o no continuaremos pagando un servicio de MassHealth (Medicaid) que usted ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: regla de cobertura que requiere que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.

Seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI): beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios para Miembros de Mass General Brigham SCO

LLAME AL	1-888-816-6000 Las llamadas a este número son gratuitas. Días y horarios de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre) Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Días y horarios de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, de lunes a domingo (del 1.° de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes (del 1.° de abril al 30 de septiembre)
FAX	1-617-526-1910
ESCRIBA A	Mass General Brigham Health Plan 399 Revolution Drive Suite 875 Somerville, MA 02145 HealthPlanDualsCustomerService@mgb.org
SITIO WEB	https://mgbadvantage.org/sco