

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de NaviCare[®] HMO SNP, un plan de necesidades especiales HMO de Medicare

Este folleto proporciona detalles acerca de la atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluidos los medicamentos de venta libre, la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad, y la cobertura para medicamentos con receta, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, NaviCare HMO SNP, es ofrecido por Fallon Community Health Plan (Fallon Health). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro(a)”, hace referencia a Fallon Community Health Plan (Fallon Health). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a NaviCare HMO SNP).

Para obtener más información, llame a Servicio para los inscritos al 1-877-700-6996. (Los usuarios de TTY deben llamar al número 711 de retransmisión de telecomunicaciones [TRS]). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).

Esta información está disponible en distintos formatos, como tamaño de letra grande y de audio.

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

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

Fallon Health es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Massachusetts. La inscripción en Fallon Health depende de la renovación del contrato. NaviCare es un programa voluntario asociado con MassHealth/EOHHS y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

H8928_220001SP_C
21-670-049SP Rev. 00 06/21

Evidencia de cobertura para 2022**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente.

Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica qué significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este folleto. Brinda información sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, su tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 20

Le indica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (NaviCare HMO SNP) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguros de salud del estado para las personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos..... 44

Explica las cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar los proveedores de la red del plan y cómo recibir atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)..... 63

Brinda detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y cuáles *no* están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D..... 117

Explica las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo utilizar la Lista de *medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde obtener sus medicamentos con receta. Brinda información sobre los programas del plan sobre la seguridad y administración de los medicamentos.

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	145
Explica dónde y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitarnos un reembolso por sus servicios o medicamentos cubiertos. Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.	
Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades	152
Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Indica qué puede hacer si considera que sus derechos no son respetados.	
Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones).....	170
Le indica paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none">• Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos con receta que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o las restricciones adicionales en su cobertura para medicamentos con receta, y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.• Explica cómo presentar reclamaciones sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.	
Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan	237
Explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su membresía.	
Capítulo 10. Avisos legales	248
Incluye avisos sobre leyes vigentes y sobre no discriminación.	
Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes	251
Se explican los términos clave que se utilizan en este folleto.	

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	6
Sección 1.1	Usted está inscrito en NaviCare HMO SNP, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)	6
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad.....	8
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?	9
Sección 2.3	¿Qué es MassHealth (Medicaid)?.....	9
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para NaviCare HMO SNP	10
Sección 2.5	Ciudadanía estadounidense o presencia legal en los Estados Unidos	10
SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?	11
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos.....	11
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan	11
Sección 3.3	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan	13
Sección 3.4	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D.....	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual para NaviCare HMO SNP	14
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?	14
Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?.....	16
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	16
Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos la información correcta sobre usted.....	16
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	17
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	17
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	17
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....	17

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en NaviCare HMO SNP, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
--------------------	--

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de plan de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir atención médica y cobertura para medicamentos con receta de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan, NaviCare HMO SNP.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. NaviCare HMO SNP es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. NaviCare HMO SNP está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia a través de MassHealth (Medicaid).

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid) para el costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), no paga nada por los servicios de atención médica de Medicare. MassHealth (Medicaid) también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica, medicamentos con receta y de venta libre, atención a largo plazo o servicios en el hogar y la comunidad que normalmente no están cubiertos por Medicare. También, recibirá la “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. NaviCare HMO SNP lo ayudará a gestionar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y la ayuda con el pago, a los que tiene derecho.

Una organización sin fines de lucro está a cargo de NaviCare HMO SNP. Como todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Massachusetts para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindar su cobertura de atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluidos su cobertura para medicamentos con receta, atención a largo plazo y servicios domésticos y comunitarios.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*?

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica, atención a largo plazo, servicios en el hogar y la comunidad, y medicamentos con receta de Medicare y MassHealth (Medicaid), cubiertos a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención médica, la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y la comunidad, y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de NaviCare HMO SNP.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o preocupa, o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos en el plan (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Es parte del contrato que celebramos con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato que celebramos con usted sobre cómo NaviCare HMO SNP cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones a su cobertura o condiciones que la afecten. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en que esté inscrito en NaviCare HMO SNP, entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de NaviCare HMO SNP después del 31 de diciembre de 2022. También, podemos dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2022.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan NaviCare HMO SNP cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

MassHealth (Medicaid) debe aprobar nuestro plan todos los años

La Oficina Central de Salud y Servicios Humanos de MassHealth (Medicaid) de la Mancomunidad de Massachusetts debe aprobar nuestro plan cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan durante el año en cuestión y si la Oficina Central de Salud y Servicios Humanos de MassHealth (Medicaid) de la Mancomunidad de Massachusetts renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.4, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y Medicaid (MassHealth Standard) y tener 65 años o más. Las personas que reúnan todos los demás requisitos, pero tengan Medicaid (MassHealth Standard), son elegibles únicamente para NaviCare SCO. Para ser elegible para nuestro plan, además debe cumplir con lo siguiente:

- No estar sujeto a un período de deducible de seis meses según la Sección 520.028 del Título 130 del Código de Normas de Massachusetts (CMR): Elegibilidad para deducibles.
- No residir en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- No ser un paciente internado en un hospital de rehabilitación o de enfermedades crónicas.
- No estar inscrito en otro seguro de salud ni tener acceso a alguno, a excepción de Medicare, que cumpla con el nivel de beneficios básicos, como se define en la Sección 501.001 del Título 130 del CMR.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se espera razonablemente que la recupere dentro de dos meses, seguirá siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se describen la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad considerada ininterrumpida).

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados en un hospital, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, la terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipos médicos duraderos [DME]).

Sección 2.3 ¿Qué es MassHealth (Medicaid)?

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal, que brinda ayuda con los costos de servicios médicos y de atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir sobre cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, hay programas que se ofrecen a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare (por ejemplo, sus primas de Medicare). Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para NaviCare HMO SNP**

Aunque Medicare es un programa federal, NaviCare HMO SNP se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en esta área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

El área de servicio de NaviCare HMO SNP incluye los siguientes condados de Massachusetts:

- Barnstable
- Berkshire
- Bristol
- Essex
- Franklin
- Hampden
- Hampshire
- Middlesex
- Norfolk
- Plymouth
- Suffolk
- Worcester

Si planea mudarse a otro estado, también debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). En la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono de MassHealth (Medicaid).

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.5 Ciudadanía estadounidense o presencia legal en los Estados Unidos

Los miembros de los planes de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o encontrarse en los Estados Unidos de forma legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a NaviCare HMO SNP si usted no es elegible para continuar siendo miembro de este modo. NaviCare HMO SNP deberá cancelar la inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de MassHealth (Medicaid) al proveedor. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de NaviCare HMO SNP, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite mostrar su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de NaviCare HMO SNP, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio para los inscritos para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).

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

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores, los abastecedores de los equipos médicos duraderos y las farmacias de nuestra red, incluidos los proveedores participantes de MassHealth (Medicaid).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan en su totalidad. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores y abastecedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan deberá utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Su proveedor de atención primaria (PCP) determina qué especialistas y hospitales utilizará, ya que ellos solo están afiliados con ciertos especialistas y hospitales en nuestra red. Su PCP no tiene acceso a todos los especialistas y hospitales en nuestra red. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que NaviCare HMO SNP autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores, las farmacias y los abastecedores de equipos médicos duraderos de nuestra red. Todos los proveedores del Directorio de proveedores aceptan Medicare y Medicaid. Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través del Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). En el Servicio para los inscritos, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en fallonhealth.org/navicare o descargarlo de este sitio web. Tanto el Servicio para los inscritos como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiera utilizar. Habrá cambios en nuestra red de farmacias el año próximo. En nuestro sitio web fallonhealth.org/navicare se encuentra disponible un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También, puede llamar al Servicio para los inscritos a fin de obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio*

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

de proveedores y farmacias. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias de 2022 para saber qué farmacias pertenecen a nuestra red.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Puede llamar al Servicio para los inscritos en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en NaviCare HMO SNP. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos con receta también están cubiertos para usted con los beneficios de MassHealth (Medicaid). La Lista de medicamentos le indica cómo encontrar los medicamentos que están cubiertos por MassHealth (Medicaid).

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de NaviCare HMO SNP.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (fallonhealth.org/navicare) o llamar al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 3.4	La Explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D
--------------------	--

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted (los miembros de NaviCare no pagan ningún costo por los medicamentos cubiertos), otras personas en su nombre y nosotros gastamos en los medicamentos con receta de la Parte D, como también el monto total pagado por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D en cada mes que se use el beneficio de Parte D. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre [OTC]*), encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

También, puede solicitar la *Explicación de beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para NaviCare HMO SNP

Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?
--------------------	--

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan NaviCare HMO SNP. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que MassHealth (Medicaid) o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. A continuación, se describen dichos casos.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta “acreditable”. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura para medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El importe de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.
 - Si pierde su Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez se quedó sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 o más días consecutivos.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de dicha multa depende de cuánto tiempo haya estado sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un costo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual de la Parte D relacionado con el ingreso, o bien como IRMAA, porque

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

hace dos años tuvieron una modificación en su ingreso bruto ajustado, por encima de cierto monto, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto estándar de la prima y este costo adicional, que se sumará a la prima.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, a fin de ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para MassHealth Standard (Medicaid), así como tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de NaviCare HMO SNP, MassHealth (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y su prima de la Parte B. Si MassHealth (Medicaid) no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima más un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un costo adicional que se suma a la prima. Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. Si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede solicitarle al Seguro Social que reconsidere la decisión.
- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará.**
- También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La copia del folleto denominado *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) incluye información sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare para 2022”. Las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del folleto *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez. También, puede descargar una copia del folleto *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el año próximo, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos la información correcta sobre usted
--------------------	--

Su registro de miembro contiene información del Formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). También, puede actualizar su dirección y número de teléfono iniciando sesión en nuestro portal seguro para miembros (MyFallon) en fallonhealth.org/myfallon-navicare.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

Medicare exige que le pidamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Sin embargo, usted está excluido de la inscripción en nuestro plan si tiene acceso a otro seguro de salud, a excepción de Medicare, que cumple con el nivel de beneficios básicos, como se define en la Sección 501.001 del Título 130 del CMR.

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información personal de salud, consulte Sección 1.3 del Capítulo 7 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?
--------------------	---

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero se basa en su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y su cónyuge se encuentra aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

MassHealth (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare o los planes de salud grupales del empleador hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de NaviCare HMO SNP (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo puede ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos en el plan) 21
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 28
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare) 29
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) 31
SECCIÓN 5	Seguro Social 32
SECCIÓN 6	MassHealth (Medicaid) (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)..... 33
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 36
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 38
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? 38
SECCIÓN 10	Puede recibir asistencia de las agencias para personas de edad avanzada en el área 39

SECCIÓN 1 Contactos de NaviCare HMO SNP

(cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo puede ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos en el plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos en el plan

Para obtener ayuda con los reclamos o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio para los inscritos de NaviCare HMO SNP. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio para los inscritos: información de contacto
LLAME AL	1-877-700-6996 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana). El Servicio para los inscritos también tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para aquellos que no hablen español.
TTY	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).
FAX	1-508-368-9013
ESCRIBA A	Fallon Health Servicio para los inscritos de NaviCare 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
LLAME AL	1-877-700-6996 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
FAX	1-508-368-9700 para decisiones de cobertura comunes. 1-508-368-9133 para decisiones “rápidas” de cobertura.
ESCRIBA A	Fallon Health Servicio para los inscritos de NaviCare 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-333-2535, int. 69950 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Las apelaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana, dejando un mensaje de voz a este número.
TTY	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Las apelaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana, dejando un mensaje de voz a este número.
FAX	1-508-755-7393
ESCRIBA A	Fallon Health Member Appeals and Grievances 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una reclamación sobre su atención médica o sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una reclamación sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamación no está relacionada con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

Método	Reclamaciones sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-333-2535, int. 69950 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana). Las reclamaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana dejando un mensaje de voz en este número.
TTY	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana). Las reclamaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana dejando un mensaje de voz en este número.
FAX	1-508-755-7393
ESCRIBA A	Fallon Health Member Appeals and Grievances 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una reclamación sobre NaviCare HMO SNP directamente ante Medicare. Para presentar una reclamación por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-657-0494 Las llamadas a este número son gratuitas. Si necesita ayuda, contará con una persona a su disposición durante las 24 horas, los siete días de la semana.
TTY	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Si necesita ayuda, contará con una persona a su disposición durante las 24 horas, los siete días de la semana.
FAX	1-844-403-1028
ESCRIBA A	OptumRx Prior Authorization Department P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-333-2535, int. 69950 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las apelaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana, dejando un mensaje de voz a este número.
TTY	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las apelaciones “rápidas” se pueden realizar y procesar las 24 horas, los siete días de la semana, dejando un mensaje de voz a este número.
FAX	1-508-755-7393
ESCRIBA A	Fallon Health Member Appeals and Grievances 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos solicita que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

Método	Solicitudes de pago por reclamos relacionados con farmacias (lo que obtiene en la farmacia): información de contacto
ESCRIBA A	OptumRx Claims Department P.O. Box 650287 Dallas, TX 75265-0287
SITIO WEB	optumrx.com

Método	Solicitudes de pago por reclamos médicos (lo que obtiene en el consultorio del proveedor): información de contacto
LLAME AL	1-877-700-6996 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).
TTY	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).
ESCRIBA A	Fallon Health Member Reimbursement, Claims Department P.O. Box 211308 Eagan, MN 55121-2908
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguros de salud 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 (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamación que tenga de NaviCare HMO SNP:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infórmele a Medicare sobre su reclamación: Puede presentar una reclamación sobre NaviCare HMO SNP directamente ante Medicare. Para presentar una reclamación ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamaciones de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el SHIP es un programa que se llama Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas (SHINE).

El SHINE es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía de seguro ni plan de salud), que recibe fondos del gobierno federal para brindarles a las personas que tienen Medicare asesoramiento sobre seguros de salud en forma gratuita y en el ámbito local.

Los asesores del programa SHINE pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamaciones sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en “**Forms, Help, and Resources**” (Formularios, ayuda y otros recursos) en el extremo derecho del menú en la parte superior.
- En el menú desplegable, haga clic en “**Phone Numbers & Websites**” (Números de teléfono y sitios web).
- Ahora tiene varias opciones.
 - Opción 1: puede tener un **chat en vivo**.
 - Opción 2: puede hacer clic en cualquiera de los “**TOPICS**” (TEMAS) en el menú en la parte inferior.
 - Opción 3: puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en “**GO**” (IR). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa SHINE (SHIP de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	1-877-610-0241 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	SHINE Program Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad **(la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)**

En cada estado, hay una Organización para la mejora de la calidad que brinda servicios a los beneficiarios de Medicare. En Massachusetts, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con KEPRO:

- Si tiene una reclamación sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-888-319-8452 Días de semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y días feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de los EE. UU. mayores de 65 años, o quienes tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por su cobertura para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid) (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de MassHealth (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare (por ejemplo, sus primas de Medicare). Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de MassHealth (Medicaid), póngase en contacto con MassHealth. También puede obtener información acerca de MassHealth (Medicaid) en las agencias para personas de edad avanzada en el área. Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con las agencias para personas de edad avanzada del área, consulte la Sección 10 de este capítulo.

Método	MassHealth (programa Medicaid de Massachusetts): información de contacto	
LLAME AL	Centro de Servicio al Cliente de MassHealth 1-800-841-2900 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.	
TTY	1-800-497-4648 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.	
ESCRIBA A	MassHealth Enrollment Center 45 Spruce St. Chelsea, MA 02150	MassHealth Enrollment Center 88 Industry Ave., Suite D Springfield, MA 01104
	MassHealth Enrollment Center 21 Spring St., Suite 4 Taunton, MA 02780	MassHealth Enrollment Center 367 East St. Tewksbury, MA 01876
	MassHealth Enrollment Center Center 529 Main St. Charlestown, MA 02129	Health Insurance Processing P.O. Box 4405 Taunton, MA 02780
SITIO WEB	www.mass.gov/masshealth	

MassOptions es un recurso gratuito que conecta a las personas mayores, las personas con discapacidades y sus cuidadores con información sobre opciones de planes que pueden satisfacer sus necesidades de la mejor manera.

Método	MassOptions: información de contacto
LLAME AL	MassOptions 1-844-422-6277 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	TRS 711
SITIO WEB	www.massoptions.org

My Ombudsman ayuda a las personas inscritas en MassHealth (Medicaid). *My Ombudsman* es una organización independiente que ayuda a las personas, incluidos sus familiares y cuidadores, a abordar inquietudes o preguntas que pudieran afectar su experiencia con un plan de salud de MassHealth o su capacidad de acceder a los beneficios y servicios de su plan de salud.

My Ombudsman trabaja con el miembro, MassHealth y todos los planes de salud de MassHealth para ayudar a resolver inquietudes a fin de garantizar que los miembros reciban sus beneficios y ejerzan sus derechos en virtud de su plan de salud.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	<i>My Ombudsman: información de contacto</i>
LLAME AL	1-855-781-9898 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	TRS 711
ESCRIBA A	My Ombudsman 11 Dartmouth St., Suite 301 Malden, MA 02148
SITIO WEB	www.myombudsman.org

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare a fin de cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), durante las 24 horas, los siete días de la semana.
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- O bien, a la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si necesita asistencia para obtener o suministrar la mejor evidencia disponible, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos. El número de teléfono se encuentra impreso en la portada posterior de este folleto.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren que su nivel de copago es cero, actualizaremos nuestro sistema para que pueda no abonar nada cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si pagó algún copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto que pagó de más. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un programa de asistencia para medicamentos para el sida (ADAP)? ¿Qué es el programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP)?

El programa de asistencia para medicamentos para el sida (ADAP) ayuda a las personas elegibles para este programa que viven con VIH/sida a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta en caso de que los residentes de la Mancomunidad de Massachusetts,

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

quienes, de otra forma, no podrían obtener estos medicamentos que salvan vidas, necesiten medicamentos críticos relacionados con el VIH. Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen evidencia de residencia en el estado y del estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro.

Si actualmente está inscrito en el ADAP, este puede continuar proporcionándole la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Escriba a Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP), Community Research Initiative of New England/HDAP, Schrafft's Center, 529 Main Street, Suite 301, Boston, MA 02129 o llame al 1-888-228-2714.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-888-253-2712.

¿Qué ocurre si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los costos de sus medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Si usted recibe “Ayuda adicional”, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare no se aplica en su caso. Si recibe “Ayuda adicional”, usted ya tiene cobertura para los costos de medicamentos con receta durante la etapa del período sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, deberá revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) los lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m a 12:00 p. m. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato, o al Servicio para los inscritos si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud o las primas de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge). (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos). También, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan o con los períodos de inscripción para realizar un cambio.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

SECCIÓN 10 Puede recibir asistencia de las agencias para personas de edad avanzada en el área

Las agencias para personas de edad avanzada del área (AAA) son organizaciones que brindan asistencia y servicios para las personas mayores. Los servicios varían según las agencias y pueden incluir atención en el hogar, entrega de comida a domicilio, transporte, información y asistencia sobre la vivienda, administración de casos y atención médica diurna para adultos. Las AAA proporcionan información y remisiones relacionadas con el cuidado de personas, afecciones médicas relacionadas con la edad, servicios legales, grupos de apoyo y otros servicios disponibles para las personas mayores.

BayPath Elder Services, Inc.

33 Boston Post Road West, Marlborough, MA 01752

- Llame al: 1-508-573-7200. Los usuarios de TTY deben llamar al número TRS 711.
- www.baypath.org

Age Strong Commission

1 City Hall Square, Room 271, Boston, MA 02201

- Llame al: 1-617-635-4366. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-617-635-4599.
- www.cityofboston.gov/elderly

Boston Senior Home Care

Lincoln Plaza, 89 South St., Suite 501, Boston, MA 02111

- Llame al: 1-617-451-6400. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-617-451-6404.
- www.bostonseniorhomecare.info

Bristol Elder Services, Inc.

1 Father DeValles Blvd., Unit 8, Fall River, MA 02723

- Llame al: 1-508-675-2101. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-508-646-9704.
- www.bristolelder.org

Central Boston Elder Services, Inc.

2315 Washington St., Boston, MA 02119

- Llame al: 1-617-277-7416. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-844-495-7400.
- www.centralboston.org

Central Massachusetts Agency on Aging

330 Southwest Cutoff, Suite 203, Worcester, MA 01604

- Llame al: 1-800-244-3032. Los usuarios de TTY deben llamar al número TRS 711.
- www.seniorconnection.org

Coastline Elderly Services, Inc.

1646 Purchase St., New Bedford, MA 02740

- Llame al: 1-866-274-1643. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-508-994-4265.
- www.coastlineelderly.org

Elder Services of Berkshire County, Inc.

Oficina principal: 877 South Street, Suite 4E, Pittsfield, MA 01201

- Llame al: 1-413-499-0524. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-413-499-9764.
- www.esbci.org

Elder Services of Cape Cod and the Islands, Inc.

Oficina principal: 68 Route 134, South Dennis, MA 02660

- Llame al: 1-800-244-4630. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-508-394-8691.
- www.escci.org

Elder Services of Merrimack Valley, Inc.

280 Merrimack St., Suite 400, Lawrence, MA 01843

- Llame al: 1-800-892-0890. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-924-4222.
- www.esmv.org

Elder Services of Worcester Area, Inc.

67 Millbrook St., Worcester, MA 01606

- Llame al: 1-800-243-5111. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-774-312-7291.
- www.eswa.org

Ethos

555 Amory St., Jamaica Plain, MA 02130

- Llame al: 1-617-522-6700. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-617-524-2687.
- www.ethocare.org

Greater Lynn Senior Services, Inc.

8 Silsbee St., Lynn, MA 01901

- Llame al: 1-800-594-5164. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-844-580-1926.
- www.glss.net

Greater Springfield Senior Services, Inc.

66 Industry Ave., Suite 9, Springfield, MA 01104

- Llame al: 1-800-649-3641. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-413-272-0399.
- www.gsssi.org

Health and Social Services Consortium, Inc. (HESSCO)

One Merchant St., Sharon, MA 02067

- Llame al: 1-800-462-5221 (V/TTY).
- www.hessco.org

Highland Valley Elder Services, Inc.

320 Riverside Drive, Suite B, Florence, MA 01062

- Llame al: 1-413-586-2000; los usuarios de TTY deben llamar al TRS 711.
- www.highlandvalley.org

LifePath, Inc.

101 Munson Street, Suite 201, Greenfield, MA 01301

- Llame al: 1-800-732-4636. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-413-772-6566.

- www.lifepathma.org

Minuteman Senior Services

26 Crosby Drive, Bedford, MA 01730

- Llame al: 1-888-222-6171. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370.
- www.minutemansenior.org

Montachusett Home Care Corporation

680 Mechanic St., Leominster, MA 01453

- Llame al: 1-800-734-7312. Los usuarios de TTY deben llamar al 978-514-8841.
- www.montachusethomecare.org

Mystic Valley Elder Services, Inc.

300 Commercial St., #19, Malden, MA 02148

- Llame al: 1-781-324-7705. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-781-321-8880.
- www.mves.org

North Shore Elder Services, Inc.

300 Rosewood Dr., Suite 200, Danvers, MA 01923

- Llame al: 1-978-750-4540. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-978-624-2244.
- www.nselder.org

Old Colony Elder Services

144 Main St., Brockton, MA 02301

- Llame al: 1-508-584-1561. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-508-587-0280.
- www.ocesma.org

Old Colony Planning Council

70 School St., Brockton, MA 02301

- Llame al: 1-508-583-1833. Los usuarios de TTY deben llamar al número TRS 711.
- www.ocpcrpa.org

SeniorCare Inc.

Oficina principal: 49 Blackburn Center, Gloucester, MA 01930

- Llame al: 1-866-927-1050. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-978-282-1836.
- www.seniorcareinc.org

Somerville/Cambridge Elder Services, Inc.

61 Medford St., Somerville, MA 02143

- Llame al: 1-617-628-2601. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-617-628-1705.
- www.eldercare.org

South Shore Elder Services, Inc.

1515 Washington St., Braintree, MA 02184

- Llame al: 1-781-848-3910. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-781-356-1992.
- www.sselder.org

Springwell

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

307 Waverley Oaks Rd., Suite 205, Waltham, MA 02452

- Llame al: 1-617-926-4100. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-617-923-1562.
- www.springwell.com

Tri-Valley, Inc.

10 Mill St., Dudley, MA 01571

- Llame al: 1-800-286-6640. Los usuarios de TDD deben llamar al 1-508-949-6654.
- www.trivalleyinc.org

WestMass ElderCare, Inc.

4 Valley Mill Road, Holyoke, MA 01040

- Llame al: 1-800-462-2301. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-875-0287.
- www.wmeldercare.org

CAPÍTULO 3

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para obtener servicios médicos y
otros servicios cubiertos*

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.....	46
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	46
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	46
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	48
Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención.....	48
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación por adelantado de su PCP?.....	50
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	51
Sección 2.4	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red.....	53
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	53
Sección 3.1	Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica.....	53
Sección 3.2	Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios	54
Sección 3.3	Cómo puede obtener atención durante un desastre	55
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	56
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos	56
Sección 4.2	¿Qué debería hacer en el caso de los servicios que no cubre nuestro plan?..	56
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	57
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	57
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?	58
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	59
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?.....	59

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 6.2	Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	59
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipos médicos duraderos	60
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?	60
SECCIÓN 8	Normas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento	60
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	60
Sección 8.2	¿Qué ocurre si se retira de su plan y regresa a Original Medicare?	61

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá respetar para obtener tratamientos médicos, servicios y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener más información sobre qué atención médica y otros servicios cubre el plan, utilice la tabla de beneficios en el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*) a continuación.

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros a aceptar nuestros pagos en su totalidad. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como un plan de salud de Medicare y MassHealth (Medicaid), el plan NaviCare HMO SNP debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros adicionales a los cubiertos por Original Medicare. Consulte la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto*).

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Generalmente, NaviCare HMO SNP cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se lo denomina darle una “remisión”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Reciba atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare o MassHealth (Medicaid) exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de recibir atención por parte de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios****Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención**

Cuando es miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP).

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

El PCP es un proveedor que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Como lo explicamos más adelante, obtendrá atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro del plan. Por ejemplo, para ver a un especialista, generalmente es necesario que su PCP primero lo apruebe (o sea que lo “remita” a un especialista). **Solo hay algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin comunicarse primero con su PCP para obtener una remisión.** Estos servicios se enumeran en la Sección 2.2, a continuación.

Su PCP determina qué especialistas y hospitales utilizará, ya que ellos solo están afiliados con ciertos especialistas y hospitales en nuestra red. Su PCP no tiene acceso a todos los especialistas y hospitales en nuestra red.

Además de proporcionarle gran parte de la atención que usted recibe, su PCP arreglará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Esto incluye las siguientes situaciones:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Servicios hospitalarios para pacientes externos
- Internaciones en el hospital
- Atención de seguimiento

La “coordinación” de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con otros proveedores del plan sobre esto mismo. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener aprobación de su PCP por adelantado (como remitirlo a un especialista). En algunos casos, su PCP tendrá que obtener nuestra autorización previa (aprobación por adelantado).

Dado que su PCP brindará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP. El Capítulo 7 explica cómo protegemos la privacidad de sus registros médicos y la información personal sobre su salud.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Una vez que esté inscrito en NaviCare HMO SNP, su equipo de atención primaria, junto con usted y cualquier otra persona que usted elija para que participe (como un miembro de su familia), desarrollarán un Plan de atención personalizado (IPC), también denominado plan de atención, diseñado solo para usted.

Su PCP es responsable de realizar lo siguiente:

- Contribuir con su IPC en el momento de la inscripción en el programa y posteriormente.
- Proporcionar instrucciones clínicas generales.
- Brindar servicios médicos primarios, incluida atención preventiva y para enfermedades agudas.
- Remitirlo a proveedores especializados según sea médicamente apropiado.
- Documentar y cumplir con las directivas avanzadas sobre sus deseos de tratamiento futuro y decisiones de atención médica.

Su PCP trabaja con su equipo de atención primaria de NaviCare

Su equipo de atención primaria (PCT), que puede incluir, entre otros, a su proveedor de atención primaria (PCP), navegador, enfermero administrador de casos, coordinador de servicios de apoyo geriátrico o administrador de casos de salud conductual, trabajará con usted para desarrollar su IPC y asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. Un enfermero con acceso a su plan de atención está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Su proveedor de atención primaria es responsable de coordinar toda su atención médica y de solicitar la atención de otros especialistas médicos, si fuera necesario.

Su IPC incluye todos los beneficios y servicios de apoyo que su PCT haya autorizado para que usted reciba como miembro de NaviCare HMO SNP.

Para asegurarse de recibir la atención más adecuada en todo momento, su PCT revisa, aprueba y autoriza los cambios en su IPC, ya sea agregar, cambiar o cancelar los servicios. Su PCT reevalúa sus necesidades al menos cada seis meses y más frecuentemente si fuera necesario.

¿Cómo elige al PCP?

Puede buscar un PCP consultando el *Directorio de proveedores y farmacias*, ingresando a fallonhealth.org/navicare o llamando al Servicio para los inscritos a fin de obtener ayuda. Si existe un especialista u hospital en particular que desee utilizar, compruebe primero que su PCP realice remisiones a ese especialista o utilice ese hospital. Una vez que haya elegido un PCP, debe notificárselo al Servicio para los inscritos, por teléfono (el número de teléfono está impreso en la portada posterior de este folleto) o por Internet en fallonhealth.org/navicare (haga clic en “Benefits and services” [Beneficios y servicios] e inicie sesión en *myFallon*). Si usted no escoge un PCP, nosotros lo haremos por usted.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

usted deberá elegir a un nuevo PCP. Además, si cambia de PCP, el cambio de PCP podría generar que esté limitado a especialistas u hospitales específicos a los que dicho PCP haga remisiones. Consulte la Sección 2.3 a continuación para obtener más información.

Para cambiar su PCP, siga los mismos pasos que se describen anteriormente para elegir un PCP. Si llama, asegúrese de informar al Servicio para los inscritos si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la autorización del PCP (por ejemplo, servicios de salud a domicilio y determinados equipos médicos duraderos). El Servicio para los inscritos verificará que el PCP al que desea cambiar acepte a nuevos pacientes. El Servicio para los inscritos anotará el nombre del nuevo PCP en su registro de miembro y le comunicará cuándo entrará en vigencia el cambio. También, le enviaremos una carta que confirmará el cambio.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación por adelantado de su PCP?
--------------------	--

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención de salud de rutina para la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19 y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos; por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Servicio para los inscritos antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).
- Hasta 20 consultas por servicios de acupuntura con un proveedor del plan. Para que se cubran más de 20 consultas por servicios de acupuntura, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Servicios quiroprácticos con un proveedor del plan.
- Atención dental brindada por un dentista de la red del plan.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Fisioterapia para pacientes externos con un proveedor del plan hasta la consulta 60. Para que la fisioterapia para pacientes externos esté cubierta después de las 60 consultas, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Terapia ocupacional para pacientes externos con un proveedor del plan hasta la consulta 60. Para que la terapia ocupacional para pacientes externos esté cubierta después de las 60 consultas, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Terapia del habla para pacientes externos con un proveedor del plan hasta la consulta 35. Para que la terapia del habla para pacientes externos esté cubierta después de las primeras 35 consultas, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare, siempre y cuando los reciba de un proveedor del plan.
- WW®.
- Programa adicional para dejar de fumar y consumir productos de tabaco de Fallon Health.
- SilverSneakers®.
- Línea directa de enfermería.
- Exámenes de rutina de la vista, siempre y cuando los proporcione un proveedor del plan.

Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red
--------------------	---

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

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

Para algunos tipos de remisiones, su PCP necesitará la aprobación por adelantado (una “autorización previa”) de nuestro plan.

Es muy importante que su PCP lo remita (con aprobación por adelantado) antes de que usted vea a un especialista del plan o a otros proveedores (existen algunas excepciones, incluida la atención de salud de rutina para la mujer que explicamos anteriormente en esta sección). **Si no obtiene una remisión (aprobación previa) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios.**

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si un especialista considera que usted necesita servicios adicionales de un médico especialista, solicitará una autorización directamente de Fallon Health.

En caso de que haya especialistas específicos que usted desee consultar, averigüe si su PCP envía a sus pacientes a estos especialistas. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que utilizan para las remisiones, ya que ellos solo están afiliados a ciertos especialistas y hospitales en nuestra red. Su PCP no tiene acceso a todos los especialistas y hospitales en nuestra red. Esto quiere decir que el PCP que usted seleccione posiblemente determine qué especialistas usted puede consultar. En general, usted puede cambiar de PCP en cualquier momento si quiere consultar a un especialista del plan al cual su PCP actual no puede darle una remisión. Consulte la sección anterior, “Cómo cambiar de PCP”, donde mencionamos cómo cambiar su PCP. Si usted desea utilizar hospitales específicos, debe averiguar si los médicos que consultará utilizan estos hospitales.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para enviarle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a realizar una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Si un especialista, una clínica, un hospital u otro proveedor de la red que usted está utilizando dejan el plan, NaviCare HMO SNP le notificará por escrito y usted tendrá que cambiar a otro proveedor que forme parte de nuestro plan. El navegador puede ayudarlo a encontrar y seleccionar otro proveedor.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Usted puede obtener servicios de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de servicios especializados disponibles dentro de la red. Para que se cubran los servicios de un proveedor fuera de la red, su proveedor dentro de la red (normalmente, su PCP) debe solicitar una autorización previa (aprobación por adelantado) de NaviCare HMO SNP. La solicitud de autorización previa será revisada por el personal del Programa de administración de utilización de Fallon Health que está capacitado para entender el área de experiencia del especialista e intentará constatar si el servicio está disponible dentro de la red de especialistas de NaviCare HMO SNP. Si el servicio no está disponible dentro de la red de su plan, su solicitud será aprobada. Pueden existir ciertas limitaciones para la aprobación, como solo una consulta inicial o un tipo o monto específico de servicios. Si los servicios del especialista están disponibles dentro de la red del plan, la solicitud para los servicios fuera de la red puede denegarse como “servicios disponibles dentro de la red”. Como con cualquier denegación, usted puede apelar la determinación.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, realice lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario obtener primero la aprobación o una remisión del PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) para informarnos sobre su emergencia.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar del mundo. 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. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Nuestro plan cubre las emergencias, la atención de urgencia y los servicios de ambulancia en cualquier lugar del mundo. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto. Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2	Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios
--------------------	--

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad o lesión imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida que tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia por parte de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no puede comunicarse con ellos, y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios de urgencia, debe concurrir al centro de atención de urgencias que se encuentre abierto más cercano. Si está buscando atención de urgencia en nuestra área de servicio, debe consultar el listado de centros de atención de urgencia dentro de la red de su plan en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: emergencias médicas y servicios de urgencia.

Sección 3.3	Cómo puede obtener atención durante un desastre
--------------------	--

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

Visite el sitio web fallonhealth.org/navicare para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debería hacer en el caso de los servicios que no cubre nuestro plan?

NaviCare HMO SNP cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; dichos servicios se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla figura en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Servicio para los inscritos para obtener más información (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Servicio para los inscritos.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. 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 del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) para informarles que participará en un estudio clínico y para encontrar más información detallada sobre lo que pagará su plan.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

- Habitación y comida durante una estadía en el 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.

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

Si recibió una factura relacionada con el ensayo clínico, el plan le reembolsará todos los costos asociados con los servicios cubiertos que Medicare no paga. Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibía como parte del estudio. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 6.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas (CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que “no esté exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médicos que “no estén exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico “exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* se consideran voluntarios o 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.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Usted está cubierto por una cantidad ilimitada de días.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--------------------	--

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, hacemos referencia a otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de NaviCare HMO SNP, por lo general, tendrá posesión de los DME alquilados después de diez meses consecutivos siendo miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, no le transferiremos la posesión de los DME. Llame a Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará los números de teléfono) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad de los DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos luego de cambiarse a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que hizo mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por los DME en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, estos pagos anteriores tampoco se tendrán en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

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

Si usted reúne los requisitos para la cobertura del equipo de oxígeno por parte de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, NaviCare HMO SNP cubrirá lo siguiente:

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios para el oxígeno para la administración de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de los equipos de oxígeno

Si se retira de NaviCare HMO SNP o ya no requiere médicamente el equipo de oxígeno, dicho equipo debe devolverse al dueño.

Sección 8.2	¿Qué ocurre si se retira de su plan y regresa a Original Medicare?
--------------------	---

Si regresa a Original Medicare, comenzará un nuevo ciclo de 36 meses, que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en NaviCare HMO SNP, se inscribió en NaviCare HMO SNP por 12 meses y luego regresó a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

Asimismo, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en NaviCare HMO SNP y luego regresó a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios médicos (lo que
está cubierto)*

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos.....	64
Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos	64
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto.....	64
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan	64
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	109
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos por el plan (exclusiones).....	109

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos. Incluye una Tabla de beneficios médicos, en la que se proporciona una lista de los servicios cubiertos como miembro de NaviCare HMO SNP. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios. También puede consultar al apéndice odontológico para obtener detalles sobre la cobertura odontológica.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos
--

Debido a que usted obtiene asistencia de MassHealth (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando respete las normas del plan para recibir atención. (Para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención, consulte el Capítulo 3).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan
--

La Tabla de beneficios médicos que se incluye en las próximas páginas detalla los servicios que cubre NaviCare HMO SNP. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare y MassHealth (Medicaid) deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben ser* médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se lo denomina darle una “remisión”. En el Capítulo 3, se incluye información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con *itálica* en la Tabla de beneficios médicos.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:


- Usted tiene cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid). Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. MassHealth (Medicaid) cubre su costo compartido de los servicios de Medicare, incluidos el coseguro y los deducibles. MassHealth (Medicaid) también cubre los servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, los medicamentos de venta libre y los servicios en el hogar y la comunidad.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2022* [Medicare y Usted 2022]. Encuéntrelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- A menudo, Medicare agrega cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el 2022, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Debido a que usted obtiene asistencia de MassHealth (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando respete las normas del plan para recibir atención. (Para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención, consulte el Capítulo 3). En el marco de nuestro acuerdo con MassHealth (Medicaid), nuestro plan también le brinda beneficios adicionales según se aprueban en su plan de atención personalizado. Nuestro plan cubre servicios de atención médica, entre otros, atención a largo plazo, servicios en el hogar y la comunidad, atención dental y algunos medicamentos con receta que generalmente no están cubiertos por Medicare. El plan lo ayudará a gestionar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y la ayuda con el pago a los que tiene derecho. Todos estos beneficios están enumerados en la Tabla de beneficios a continuación.
- Si se encuentra dentro del período de dos meses en el que la elegibilidad se considera ininterrumpida, continuaremos ofreciendo todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, continuaremos cubriendo los beneficios de MassHealth (Medicaid) que estén incluidos en MassHealth (Medicaid), pero no pagaremos las primas de Medicare ni el costo compartido por el que el estado sería responsable si no hubiese perdido su elegibilidad de MassHealth Standard (Medicaid). Los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Usted no paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura mencionados anteriormente.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan cubre únicamente esta prueba de detección si tiene determinados factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura</p> <p><i>Para que los servicios de acupuntura estén cubiertos después de la 20.ª consulta, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Medicare solo cubre acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar (consulte el cuadro a continuación).</p> <p>Los servicios cubiertos de MassHealth (Medicaid) incluyen los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos. Para obtener más información, consulte el apartado sobre el trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos en esta tabla.</p> <p>NaviCare HMO SNP cubre los siguientes servicios complementarios de acupuntura: hasta 20 consultas sin autorización previa para cualquier diagnóstico, incluidos los servicios de estimulación eléctrica, infrarroja y ultrasonidos.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de acupuntura y servicios complementarios de acupuntura cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare tienen cubiertas hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para tratar el dolor crónico en la zona lumbar.</p>




Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>A los efectos de este beneficio, el dolor crónico en la zona lumbar se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un dolor que dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (p. ej., no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No tiene relación con una cirugía. • No se asocia con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en la sección 1861 [aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y presentan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o una mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe encontrarse bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones establecidas en los artículos 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR).</p>	
<p>Atención médica diurna para adultos</p> <p><i>Para que los servicios de atención médica diurna para adultos estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de salud diurnos para adultos cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>




Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Un programa diurno para las personas que son elegibles donde se brinda un programa organizado de servicios de enfermería y supervisión, asistencia con las actividades de la vida cotidiana (como comer, ir al baño, hacer ejercicios y tomar la medicación), servicios de tratamiento y mantenimiento, servicios terapéuticos, recreativos y nutricionales en un lugar que no sea el hogar; interacción específica para casos de demencia y transporte a un lugar que no sea el hogar, en virtud de las regulaciones del Programa de salud diurna para adultos de MassHealth.</p>	
<p>Cuidado para adultos</p> <p><i>Para que el cuidado para adultos esté cubierto, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios incluyen asistencia con actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, alimentarse, realizar las compras, lavar la ropa, preparar refrigerios y hacer las comidas), otra atención personal según sea necesario, administración de los medicamentos, transporte y supervisión médicos de un proveedor de cuidado para adultos o cuidado grupal para adultos, que esté aprobado por MassHealth y que cumpla con las regulaciones del cuidado para adultos de MassHealth. La supervisión médica, la enseñanza y la capacitación para el proveedor de atención médica y la administración de la atención son proporcionadas por el proveedor de cuidado para adultos, en virtud de las regulaciones del cuidado para adultos de MassHealth.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de cuidado para adultos cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p><i>Para que los servicios de ambulancia que no sean de emergencia estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>NaviCare HMO SNP cubre el transporte en ambulancia (por aire y tierra), taxi y vehículos para pacientes en sillas de ruedas de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro que padece una afección médica por la que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. 	<p>Usted paga \$0 por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid).</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. <p>La cobertura se aplica en todo el mundo.</p>	
<p>Examen físico anual</p> <p>El examen físico anual complementario cubierto incluye los antecedentes médicos y familiares detallados y una evaluación minuciosa integral con un examen práctico de todos los sistemas del cuerpo para evaluar la salud general y detectar las anomalías o señales que puedan indicar un proceso de enfermedad que deba tratarse.</p>	Usted paga \$0 por el examen físico anual complementario cubierto.
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. No obstante, no es necesario haber realizado la consulta “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de rehabilitación cardíaca o servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de forma saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de tratamiento conductual preventivo intensivo para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p> <p>MassHealth (Medicaid) cubre análisis de sangre adicionales cuando sean médicamente necesarios.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada cinco años.</p> <p>Usted paga \$0 por los análisis de sangre adicionales cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>MassHealth (Medicaid) cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos adicionales cuando sean médicamente necesarios.</p>	
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación de la columna para corregir una subluxación. • MassHealth (Medicaid) cubre el tratamiento de manipulación quiropráctica y los servicios radiológicos. 	<p>Usted paga \$0 por cada visita al consultorio cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid) para obtener servicios quiroprácticos.</p>
<p>Servicios de tareas domésticas</p> <p><i>Para que los servicios de tareas domésticas estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios necesarios para mantener un entorno limpio, higiénico y seguro en el hogar. Este servicio incluye las tareas domésticas pesadas, como lavar los pisos, ventanas y paredes, sujetar alfombras y tejas sueltas, mover artículos y muebles pesados.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de tareas domésticas cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. <p>Uno de los siguientes, cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en las heces basada en guayacol (gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (FIT). <p>Prueba de detección de cáncer colorrectal, basada en ADN, cada tres años para personas de 50 a 85 años que tienen un riesgo promedio de sufrir cáncer colorrectal y que no muestran síntomas de dicha enfermedad.</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada diez años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección. 	
<p>Servicios en la comunidad (atención en el hogar)</p> <p><i>Para que los servicios en la comunidad estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Antes de recibir servicios en la comunidad, debe hablar sobre estos servicios con su equipo de atención primaria. Estos servicios serán brindados según las regulaciones y pautas de MassHealth.</p> <p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de compañía • Capacitación y supervisión de atención compleja • Atención dirigida por el consumidor • Adaptaciones para la accesibilidad al entorno (modificación del hogar) • Programas educativos basados en la evidencia • Programas de compromiso con metas • Realización de las compras y el envío • Terapia de habilitación • Servicios de empleadas domésticas • Entrega de comida a domicilio • Entrega de medicamentos preenvasados a domicilio • Evaluaciones de independencia de la seguridad del hogar • Servicio de lavandería • Sistema de administración de medicamentos • Servicios de orientación y movilidad • Servicios de atención personal • Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) • Apoyo de pares • Cuidados paliativos • Auxiliar de apoyo para la atención en el hogar • Asistencia en las transiciones • Servicios de traducción/interpretación • Sistema de respuesta a deambulación 	<p>Usted paga \$0 por los servicios en la comunidad cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>



Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Servicios continuos de enfermería</p> <p><i>Para que los servicios continuos de enfermería estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Servicios continuos de enfermería especializada o enfermería especializada durante más de dos horas continuas por día brindadas en el hogar según las regulaciones de los servicios continuos de enfermería de MassHealth.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios continuos de enfermería cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Habilitación diurna</p> <p><i>Para que los servicios de habilitación diurna estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Programa de tratamiento activo, estructurado y orientado a las metas de servicios terapéuticos y de habilitación médicamente orientados para personas con discapacidades del desarrollo que necesitan tratamiento activo, en virtud de las regulaciones del programa de MassHealth.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de habilitación diurnos cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Atención diurna para la demencia</p> <p><i>Para que la atención diurna para la demencia esté cubierta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Servicios especializados para atender las necesidades de los miembros enfermos de Alzheimer, otras demencias o trastornos relacionados. Los servicios ayudan a maximizar la capacidad funcional del miembro y a disminuir los comportamientos perturbadores.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de atención diurna para la demencia cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>NaviCare HMO SNP cubre servicios dentales adicionales de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental preventiva, que incluye exámenes, limpiezas y radiografías. • Atención dental para restauraciones menores como empastes de metal o con compuesto. 	<p>Usted paga \$0 por los servicios dentales complementarios, cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica de emergencia, por ejemplo, para aliviar el dolor o detener una hemorragia producto de una lesión ocasionada en los dientes o tejidos naturales sanos, brindada en el consultorio de un médico o dentista lo más pronto posible. Esto no incluye atención dental de restauración u otro tipo. Diríjase al proveedor más cercano; no necesita una remisión de su PCP. • Servicios de restauración, incluidas las restauraciones con compuesto a base de resina y de amalgama, coronas, perno y muñón, dentadura parcial fija (puente), espigas de refuerzo y reparación de corona. • Servicios de prostodoncia, como: <ul style="list-style-type: none"> • Dentaduras postizas completas y prótesis superiores e inferiores parciales removibles a base de resina, que incluye revestimientos para dentaduras postizas convencionales y rebasados. • Servicios de endodoncia. • Servicios de periodoncia • Servicios que incluyen raspado, alisado radicular y mantenimiento periodontal. • Cirugía bucal y maxilofacial. • Dispositivos protésicos maxilofaciales. • Tratamiento con flúor tópico (para personas que tienen afecciones médicas u odontológicas que significativamente interrumpen el flujo de saliva). • Otros servicios, incluidos las pruebas de detección bucales para los miembros que se encuentran en radioterapia o quimioterapia, el tratamiento paliativo de infección o dolor dental, la protección contra oclusión y las visitas al centro. <p>Los servicios complementarios adicionales cubiertos por NaviCare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantes. • Tratamientos de conducto para dientes anteriores y tratamiento de conducto. 	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p><i>Para que los servicios de cirugía oral (excepto la extracción o exposición de dientes impactados) estén cubiertos en el consultorio de un proveedor, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan:</i></p> <p>Los servicios cubiertos de atención dental que no sea de rutina se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas en la mandíbula o los huesos faciales, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico. Hay una red de proveedores para la atención dental que no sea de rutina.</p> <p>Para obtener una descripción más detallada de los servicios dentales cubiertos, incluidas las limitaciones de frecuencia y de códigos que pueden aplicarse, consulte el apéndice dental que se encuentra disponible en fallonhealth.org/navicare.</p>	
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas las pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p><i>Para que estén cubiertos los medidores de glucosa en sangre y los suministros que sean de marcas no preferidas, continuos o que requieren características adaptables, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. <ul style="list-style-type: none"> ○ La cobertura de los medidores de glucosa en sangre se limita a los medidores OneTouch® y las tiras reactivas fabricadas por LifeScan. Puede obtener un medidor de glucosa OneTouch® en las farmacias de la red, llamando a LifeScan al 1-877-356-8480 (TTY: 711) y usando 160FCH002 como el número de código de la orden. O bien, puede hacerlo visitando el sitio web de LifeScan, www.onetouch.orderpoints.com. ○ Los monitores de glucosa en sangre continuos se limitan al sistema Freestyle Libre. Los miembros pueden obtener el sistema Freestyle Libre en los abastecedores de equipo médico duradero o en las farmacias de la red. ○ Los miembros que tienen una necesidad demostrada, como problemas visuales graves o problemas de destreza manual, pueden necesitar un medidor de glucosa en sangre con características adaptables, como un sintetizador de voz integrado o un dispositivo de punción integrado. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. 	<p>Usted paga \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y los suministros para la diabetes cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Según sea necesario, para las personas que corren riesgo de padecer diabetes: prueba de glucosa en plasma en ayunas. <p>Nota: las jeringas y la insulina (a menos que se utilice con una bomba de insulina) están cubiertas de acuerdo con los beneficios de medicamentos con receta para pacientes externos.</p>	
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p><i>Para que ciertos equipos médicos duraderos y suministros relacionados estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>(En el Capítulo 11 de este folleto, encontrará una definición de “equipos médicos duraderos”).</p> <p>Los artículos cubiertos por Medicare incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>MassHealth (Medicaid) cubre ciertos suministros y equipos adicionales. Los suministros cubiertos por MassHealth (Medicaid) son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tecnología de adaptación/asistencia • Unidades de control ambiental • Respuesta en el hogar para evitar el riesgo de deambular • Suministros para la incontinencia • Suplementos nutricionales • Terapia de presión positiva en las vías respiratorias (PAP) • Sistemas personales de respuesta ante emergencias (PERS) • Pasamanos para baño y ducha <p>Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o fabricante en particular (excepto en el caso de los medidores de glucosa), puede solicitarle que realice un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medidores de</p>	<p>Usted paga \$0 por el equipo médico duradero y por los suministros relacionados que estén cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p> <p>Usted paga de \$0 a \$600 por una silla reclinable con elevación de asiento de por vida. Usted pagará todos los cargos que excedan los \$600 del límite de cobertura del plan.</p> <p>Nota: Si usted es un paciente de una institución, o de parte de una institución que provee los servicios descritos en la Ley de Seguro Social, Sección 1819(a) (1) o Sección 1819(e) (1), no recibirá cobertura por el alquiler o la compra de equipos médicos duraderos, dado que no se considerará a esta institución como su residencia. Los establecimientos que no se consideran residencia incluyen, entre otros, los</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>glucosa, consulte la sección “Capacitación para el autocontrol de la diabetes, tratamiento para la diabetes y suministros” anterior.</p> <p>NaviCare HMO SNP cubre una silla con elevación de asiento de por vida por un valor de hasta \$600. Usted pagará todos los cargos que excedan los \$600 del límite de cobertura del plan.</p>	<p>centros de atención de enfermería especializada (SNF) o una parte específica de un SNF.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>El costo compartido por servicios de emergencia necesarios fuera de la red es el mismo que el costo compartido por los mismos servicios dentro de la red.</p> <p>La cobertura se aplica en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada consulta en la sala de emergencias dentro de la red y fuera de la red cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe volver a un hospital de la red para que pueda seguir con la cobertura de su atención.</p>
<p>Coordinación de servicios de apoyo geriátrico</p> <p>Evaluación en el hogar y coordinación de servicios en el hogar a cargo del personal de los Puntos de Acceso de Servicios para Personas de Edad Avanzada (ASAP).</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de coordinación de servicios de apoyo geriátrico cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Cuidado para adultos grupal</p> <p><i>Para que el cuidado para adultos grupal esté cubierto, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>El cuidado para adultos grupal (GAFC) incluye servicios de atención personal hasta dos horas por día para miembros elegibles con discapacidades que vivan en una vivienda aprobada por</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de cuidado para adultos grupal cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>GAFC. La vivienda podría ser una residencia de vivienda asistida o vivienda pública o subsidiada especialmente designada por las regulaciones de Cuidado para adultos de MassHealth.</p>	
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Membresía para clases de acondicionamiento físico/gimnasios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de SilverSneakers y cobertura anual de hasta \$400 para un monitor de acondicionamiento físico, un equipo de acondicionamiento físico cardiovascular, una membresía en un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificados (aún no cubiertos por SilverSneakers), o clases de acondicionamiento físico instructivas y cubiertas. • SilverSneakers es un programa completo de bienestar y acondicionamiento físico, que incluye acceso a centros de acondicionamiento físico* en todo el país, equipos para ejercitarse, clases de ejercicio grupales, una red de apoyo y recursos en línea. Las clases que ofrece están diseñadas para cualquier nivel de acondicionamiento y habilidades físicas, como las características SilverSneakers Classic, Circuit, CardioFit, Splash and Stability; las clases SilverSneakers FLEX™ como ritmos latinos, yoga y taichí; y las clases BOOM® MIND, MUSCLE y MOVE IT para participantes más atléticos.(* Se ofrecen kits para el hogar a los miembros que quieren comenzar a hacer ejercicio en su casa o a los que no pueden ir a un centro de acondicionamiento físico a causa de una lesión, enfermedad o de que no pueden salir de su casa). Los miembros pueden visitar silversneakers.com para obtener un número de identificación personal de SilverSneakers y encontrar el centro de acondicionamiento físico participante más cercano. Los miembros de SilverSneakers pueden utilizar cualquier centro participante solo presentando su número de identificación de SilverSneakers. Para buscar un centro de acondicionamiento físico, llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. <p>Beneficio nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> • La terapia nutricional grupal o individual ilimitada se encuentra disponible para todos los miembros cuando es brindada por un nutricionista o por profesionales de nutrición certificados dentro de la red. 	<p>Usted paga \$0 por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SilverSneakers® • Hasta \$400 para un monitor de acondicionamiento físico, un equipo de acondicionamiento físico cardiovascular o una membresía en un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificados. • Beneficio nutricional • Boletín informativo • WW® • Clases de educación para la salud y el bienestar • Programas de administración de enfermedades y de administración de casos. • Programa de medicamentos de infusión.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Educación sobre salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es una comunicación que contiene información que lo ayudará a mantenerse saludable. • WW[®]: los miembros tienen derecho a recibir un libro de cupones, que les da una membresía de 13 semanas consecutivas por año calendario, que incluyen los cargos de inscripción. No se cubren las comidas. No se incluye el reemplazo de cupones perdidos o robados. • Clases de programas educativos sobre salud y bienestar: los miembros deben recibir servicios de proveedores de la red. • Los programas de administración de casos y de enfermedades están disponibles para los miembros con afecciones crónicas como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad coronaria arterial y asma. • Se encuentra disponible un programa de medicamentos de infusión destinado a los miembros que realizan terapias de medicamentos de infusión, para asegurarse de que la administración de estos medicamentos se realice en el ámbito más apropiado y conveniente para el miembro. <p>Para obtener más información acerca de cualquiera de estos programas educativos sobre salud y bienestar, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos al número que figura en la portada posterior de este folleto.</p>	
<p>Kit de salud y bienestar</p> <p>Este kit podría incluir artículos como: vendas adhesivas, una pomada antibiótica, protectores de la piel, pinzas, un cortaúñas, toallitas antisépticas, un desinfectante de manos, un termómetro oral, vendas con rodillo, compresas frías/calientes, mascarillas faciales, pastillas para la tos, un protector solar, cepillos de dientes, pasta de dientes, hilo dental, antiácidos, gotas para los ojos o tapones para los oídos.</p>	<p>Usted paga \$0 por el kit de salud y bienestar, que se le brinda mediante este beneficio.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p><i>Para que los servicios de audiología estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio cubiertas realizadas por su proveedor para determinar</p>	<p>Usted paga \$0 por cada servicio auditivo cubierto por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>NaviCare HMO SNP cubre los siguientes servicios auditivos de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina. • Servicios de diagnóstico • Un audífono por oído, ya sea uno binaural o dos monoaurales, cada 60 meses variables, según las pautas de MassHealth. • Servicios relacionados con el cuidado y el mantenimiento de los audífonos. • Baterías para audífonos. • Audífonos o instrumentos auditivos. 	
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención médica a domicilio</p> <p><i>Para que la atención médica a domicilio esté cubierta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Antes de recibir los servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, ya que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de 	<p>Usted paga \$0 por las consultas de atención médica a domicilio cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare según las regulaciones de MassHealth.</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar infusión en el hogar incluyen los medicamentos (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, los tubos y los catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación del paciente y educación que no se cubrirían según el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la administración de terapia de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar por un proveedor de terapia de infusión en el hogar. <p>Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por la Parte D de Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por la terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención en el hogar. 	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, Original Medicare, y no NaviCare HMO SNP, paga los servicios del hospicio y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p><u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan. Lea las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare), que es igual al monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. <p><u>Para los servicios cubiertos por NaviCare HMO SNP, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> NaviCare HMO SNP seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio, (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles de este beneficio.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p> Inmunizaciones</p> <p><i>Para que las vacunas contra la hepatitis B estén cubiertas, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) del plan.</i></p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales de ser médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p> <p>Usted paga \$0 por las vacunas cubiertas.</p>
<p>Atención para pacientes internados en un hospital</p> <p><i>Para que la atención para pacientes internados en un hospital esté cubierta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Incluye servicios de cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados en un hospital. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que lo internan formalmente en el hospital según la indicación del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado en un hospital.</p> <p>Medicare cubre hasta 90 días en un hospital de cuidados agudos en cada período de beneficios. Esto incluye servicios de salud mental, de trastorno por consumo de sustancias y de rehabilitación. MassHealth (Medicaid) cubre la estadía en el hospital como paciente internado más allá del límite de 90 días según sea médicamente necesario. Consulte el Capítulo 11 para obtener una explicación del “período de beneficios”.</p>	<p>Usted paga \$0 por las internaciones cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p> <p>Si lo autorizaron a recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red, después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe volver a un hospital de la red para que pueda seguir con la cobertura de su atención.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- 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 médicos y quirúrgicos necesarios.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas.
- Costos de la sala de operaciones y de recuperación.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.
- Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados en un hospital.
- En determinadas condiciones, están cubiertos 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, coordinaremos para que uno de los centros de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera de los patrones comunitarios de atención, puede elegir el lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si NaviCare HMO SNP brinda servicios de trasplante en un lugar alejado de los patrones comunitarios de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite.
- Servicios médicos.

Nota: Para ser un paciente internado en un hospital, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado en un hospital o un paciente externo, consulte con el personal del hospital.



Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es un paciente internado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. Para consultar la hoja de datos, visite www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los siete días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes internados</p> <p><i>Para que la atención de salud mental para pacientes internados esté cubierta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hospital.</p> <p>Medicare cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes internados en un hospital. Solo si se cumplen determinadas condiciones, los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. Este límite no se aplica a servicios de psiquiatría para pacientes internados proporcionados en un hospital general. MassHealth (Medicaid) cubre la hospitalización como paciente internado en un hospital psiquiátrico más allá del límite de Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 por las internaciones en un hospital de atención de salud mental cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>
<p>Estadía para pacientes internados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía para pacientes internados no cubierta</p> <p><i>Para que los siguientes servicios en un hospital de cuidados agudos o centro de atención de enfermería especializada (SNF) estén cubiertos cuando la internación haya sido denegada o se haya alcanzado el límite de días, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Como se describió anteriormente, el plan cubre una cantidad ilimitada de días por período de beneficios para atención para pacientes internados en un hospital y hasta 100 días por período de beneficios para atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF). Usted cuenta con una cobertura de hasta 90 días como máximo de atención en cada período de beneficios en un centro de rehabilitación para pacientes internados</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios para pacientes internados (cuando los días de internación en el hospital o el SNF no tienen cobertura o ya no cuentan con ella) cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>o en una unidad de rehabilitación de un hospital de cuidados agudos. Si supera el límite de 90 días en un período de beneficios, puede utilizar sus días de reserva de por vida para obtener cobertura adicional.</p> <p>Una vez que haya llegado a estos límites de cobertura, el plan no cubrirá su estadía en el hospital o SNF. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	
<p>Cuidado asistencial en instituciones</p> <p><i>Para que los servicios de cuidado institucional estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Servicios como enfermería, asistencia con las actividades de la vida cotidiana, tratamientos, nutrición, medicamentos y productos biológicos brindados durante las hospitalizaciones en un centro de atención de enfermería especializada certificado, si no están cubiertos por Medicare. Podría corresponder la responsabilidad financiera del pago del monto a cargo del paciente de MassHealth</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de cuidado asistencial en instituciones cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
(Medicaid). Los servicios están cubiertos de acuerdo con las regulaciones del centro de atención de enfermería de MassHealth.	
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una remisión del médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y dos horas cada año, después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p> <p>Es posible que MassHealth (Medicaid) cubra la terapia médica nutricional para los miembros que no cumplan con el criterio de Medicare.</p> <p>Los servicios adicionales cubiertos por NaviCare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos hasta un total de tres visitas de asesoramiento individual complementario sobre terapia médica nutricional cada año para todos los miembros (diagnósticos cubiertos y no cubiertos por Medicare). Los miembros deben recibir servicios de un nutricionista certificado u otro profesional de nutrición de la red. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención de cambios de conducta de salud estructurada que brinda capacitación práctica sobre los cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para resolver problemas a fin de superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p><i>Para que determinados medicamentos con receta de la Parte B de Medicare estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p><i>Ciertos medicamentos de la Parte B, incluidos algunos antieméticos, antiinflamatorios y de quimioterapia, pueden estar sujetos a un tratamiento escalonado de la Parte B. Puede encontrar una lista de esos medicamentos en el enlace a continuación.</i></p> <p>Los medicamentos de la Parte B se pueden obtener como parte de un suministro de hasta 90 días.</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para diálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. 	<p>Usted paga \$0 por los medicamentos con receta cubiertos de la Parte B.</p> <p>Usted paga \$0 por las consultas en el consultorio de un proveedor de atención primaria o especialista para que le administre los medicamentos con receta cubiertos de la Parte B.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>El siguiente enlace lo llevará una lista de medicamentos de la Parte B, que puede estar sujeta a un tratamiento escalonado: fallonhealth.org/navicare</p> <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el tratamiento preventivo y las pruebas de detección de obesidad.</p>
<p>Servicios de programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agonistas opioides y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Entrega y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>Usted paga \$0 por cada consulta por servicios de tratamiento por trastorno por consumo de opioides cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p><i>Para que las CT, las tomografías por emisión de positrones (PET), las resonancias magnéticas (MRI), los estudios de medicina nuclear, la terapia de protones, la radioterapia de intensidad modulada para el cáncer de mama, el tratamiento con oxígeno hiperbárico, los exámenes genéticos y los estudios del sueño (polisomnografía) estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos, como la prueba del cociente internacional normalizado (INR). 	<p>Usted paga \$0 por pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Observación en el hospital para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios en el hospital para pacientes externos que se proporcionan para determinar si necesita ser internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando son proporcionados a partir de la orden de internar de un médico o de otra persona autorizada por la ley de otorgamiento de licencias del estado y los estatutos del personal del hospital o pedir análisis para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de observación hospitalarios para pacientes externos, cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>“paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es un paciente internado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. Para consultar la hoja de datos, visite www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los siete días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p><i>Para que los servicios hospitalarios para pacientes externos estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe la obtener autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>“paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Es un paciente internado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. Para consultar la hoja de datos, visite www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los siete días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p><i>Para que la terapia de estimulación magnética transcraneal (TMS), la terapia electroconvulsiva (ECT), las pruebas neuropsicológicas y la terapia intensiva para pacientes externos (IOP) estén cubiertas, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p>Los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud conductual de emergencia. • Observación. • Servicios de apoyo en la comunidad. • Tratamiento diurno. • Programas residenciales. • Estabilización de crisis. • Tratamiento psiquiátrico diario. 	<p>Usted paga \$0 por cada consulta para terapia individual o grupal con o sin un psiquiatra, cubierta por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p><i>Para que las consultas de fisioterapia estén cubiertas después de la 60.^a consulta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p><i>Para que las consultas de terapia ocupacional estén cubiertas después de la 60.^a consulta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p><i>Para que las consultas de terapia del habla estén cubiertas después de la 35.^a consulta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p> <p>NaviCare HMO SNP cubre los servicios adicionales de rehabilitación para pacientes externos de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p>	<p>Usted paga \$0 por cada consulta de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje cubierta por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Los servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos cubiertos por Medicare tienen cobertura cuando son brindados en una clínica o en un hospital para pacientes externos por un psiquiatra u otro médico, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería y el departamento de auxiliares médicos.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia • Educación del miembro sobre diagnóstico y tratamiento <p>MassHealth (Medicaid) cubre algunos servicios adicionales, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura <ul style="list-style-type: none"> ○ La cobertura incluye tratamientos ilimitados con un acupunturista de la red. • Mantenimiento con metadona 	<p>Usted paga \$0 por las consultas para terapia individual o grupal cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de acupuntura cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en instalaciones hospitalarias y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p><i>Para que las cirugías para pacientes externos estén cubiertas, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>NaviCare HMO SNP cubre servicios adicionales para pacientes externos de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p>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 para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada cirugía para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Artículos de venta libre</p> <p>Cobertura de ciertos medicamentos de venta libre (medicamentos para los que las leyes federales o estatales no requieren receta, a menudo denominados medicamentos sin receta) según se enumeran en la Lista de medicamentos de venta libre (OTC). MassHealth (Medicaid) y NaviCare requieren una receta para los medicamentos con receta y determinados medicamentos de venta libre.</p> <p>Usted recibe una tarjeta Save Now con un subsidio de \$150 cada tres meses (enero, abril, julio y octubre) para usar en artículos de venta libre (OTC), como suministros para primeros auxilios, atención dental, síntomas de resfriado, entre otros. Si el costo de los artículos OTC supera el límite trimestral del beneficio de \$150, usted deberá pagar los costos adicionales.</p>	<p>Usted paga \$0 por los artículos de venta libre cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Con la tarjeta Save Now, usted paga \$0 por los artículos de venta libre aprobados (hasta \$150 cada tres meses). Usted pagará todos los costos que excedan los \$150 cada tres meses.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p><i>Para que los servicios de hospitalización parcial estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado en un servicio de paciente externo en un hospital o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente internado.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Servicios de asistentes de atención personal (PCA)</p> <p><i>Para que los servicios de PCA estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Asistencia práctica con dos o más actividades de la vida cotidiana (ADL), como bañarse, vestirse, asearse, comer, deambular, ir al baño y trasladarse siguiendo las reglamentaciones del programa de PCA de MassHealth.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de PCA cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Farmacia</p> <p>Cobertura de ciertos medicamentos de venta libre (medicamentos para los que las leyes federales o estatales no requieren receta, a menudo denominados medicamentos sin receta) según se enumeran en la Lista de medicamentos de venta libre. MassHealth (Medicaid) y NaviCare HMO SNP requieren una receta para los medicamentos con receta y determinados medicamentos de venta libre.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de farmacia cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p><i>Para que algunos servicios para pacientes externos estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por nuestro PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: atención primaria, atención especializada, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, tratamiento con opioides y 	<p>Usted paga \$0 por cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por cada consulta con un médico especialista, cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por los beneficios dentales cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por el costo de cada consulta por telesalud cubierta</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios ya sea en una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, deberá utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Los servicios de telesalud cubiertos se limitan a aquellos que tienen un componente tanto de audio como de video, y deben hacerse en tiempo real mediante un método de comunicación seguro administrado por su proveedor. Estos servicios pueden reemplazar algunas consultas en persona a su proveedor. <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en sus viviendas en un centro de diálisis renal basado en hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o la vivienda del miembro. ● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. ● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. ● Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante cinco o diez minutos en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ La llamada no se relaciona con una visita en el consultorio realizada en los últimos siete días. ○ La llamada no conduce a una visita en el consultorio dentro de las 24 horas siguientes o en la cita disponible cuanto antes. 	<p>por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por el costo de cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del video o de las imágenes que le envía a su médico, y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas posteriores en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ La evaluación no se relaciona con una visita en el consultorio realizada en los últimos siete días. ○ La evaluación no conduce a una visita en el consultorio dentro de las 24 horas siguientes o en la cita disponible cuanto antes. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). • <i>Cirugía reconstructiva (Para que las cirugías reconstructivas estén cubiertas, su PCP u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa [aprobación por adelantado] por parte del plan).</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirugía para pacientes a quienes se les ha realizado una mastectomía, para reconstruir la mama en la cual se realizó la mastectomía. ○ Cirugía y reconstrucción de la otra mama para obtener una apariencia simétrica. ○ Tratamiento de cualquier complicación física debido a una mastectomía, incluidos los linfedemas. 	


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Servicios de podiatría</p> <p><i>Para que los servicios de podiatría en un hogar de convalecencia estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. • El plan también cubre la atención de podiatría, incluido el cuidado de los pies de rutina, que no cubre Medicare en el marco del beneficio de MassHealth (Medicaid). 	<p>Usted paga \$0 por las consultas de podiatría cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por las consultas de rutina de podiatría, cubiertas por MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Reconciliación de medicamentos en el hogar después del alta</p> <p>Después de recibir el alta en un hospital o SNF, un miembro puede obtener una revisión del régimen de medicamentos previos y posteriores al alta para reducir las interacciones y los efectos secundarios negativos que pueden causar una lesión o enfermedad. Un enfermero administrador de casos u otro proveedor de atención médica de la red calificado realizarán la reconciliación.</p>	<p>Usted paga \$0 por la reconciliación de medicamentos en el hogar después del alta cubierta.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (PSA). 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis del PSA y tacto rectal anuales.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p><i>Para que los dispositivos protésicos y suministros relacionados estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>NaviCare HMO SNP cubre los dispositivos protésicos y suministros médicos adicionales relacionados con los dispositivos protésicos, entablillados y otros dispositivos con el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p>	<p>Usted paga \$0 por los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>



Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p>	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>
<p>Prevención de la readmisión</p> <p>Después de recibir el alta de un hospital o SNF, un miembro puede recibir una evaluación de transición de atención luego del alta e intervenciones en el hogar o por teléfono realizados por un enfermero administrador de casos, que incluyen, entre otros, la salud del miembro y educación sobre los medicamentos, la coordinación de la atención de seguimiento o facilitación de los servicios en el hogar.</p>	<p>Usted paga \$0 por la prevención de readmisión cubierta.</p>
<p>Servicios de tecnología de acceso remoto (tecnologías basadas en la web/el teléfono)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen una evaluación telefónica y servicios de administración proporcionados por médicos, incluidos los médicos de atención primaria y especializada, y otros profesionales de atención médica calificados, como asistentes médicos, enfermeras practicantes, enfermeras clínicas especialistas y enfermeras parteras.</p>	<p>No hay copago para los servicios tecnológicos cubiertos basados en la web o en el teléfono.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Servicios de tecnología de acceso remoto (Línea directa de enfermería)</p> <p>El acceso telefónico y en línea a enfermeros certificados y otros profesionales de atención médica que trabajan como orientadores de salud está disponible durante las 24 horas, los siete días de la semana.</p>	<p>No se requiere copago para acceder a los servicios cubiertos de la línea directa de enfermería.</p>
<p>Programa de recompensas e incentivos</p> <p><u>Recompensas e incentivos para las actividades saludables</u></p> <p>Puede obtener recompensas por consultar a su PCP por un examen físico anual o aplicarse una vacuna preventiva.</p> <p>Los miembros podrían recibir recompensas por completar actividades de salud elegibles durante el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre). El monto de la recompensa es hasta un máximo de \$100 por año y se activará mediante la presentación de un reclamo. La finalización de cada actividad, ya sea el examen físico anual/consulta de bienestar o la vacuna preventiva, podría recompensar a los miembros con \$50 por cada actividad en forma de fondos disponibles en la tarjeta Healthy Food.</p> <p>Esta tarjeta Healthy Food puede utilizarse para comprar alimentos o artículos, en comercios minoristas participantes, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vegetales enlatados, frijoles, arroz y pastas • Vegetales y frutas frescos • Carne de res, pescado y pollo congelada y fresca • Productos lácteos y no lácteos refrigerados <p>Se dará un máximo de una recompensa por cada actividad de salud por año hasta que llegue al máximo de \$100.</p>	<p>Usted paga \$0. Puede ganar hasta \$100 anualmente por completar las siguientes actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”, consulta física anual o consulta de bienestar calificada. • Vacunas preventivas, tales como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vacuna anual contra la gripe ○ Vacuna Tdap ○ Vacuna antineumocócica ○ Vacuna contra el herpes ○ Vacuna contra la COVID-19
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de las pruebas de detección y el asesoramiento para reducir el abuso de</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>A las personas que reúnan los requisitos, se les cubrirá una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: las personas entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer pulmonar, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 paquetes/año y que actualmente fuman o que dejaron de fumar en los últimos 15 años, que tienen una orden por escrito para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón LDCT después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o auxiliar médico calificado decide ofrecer una consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas para pruebas de detección de cáncer de pulmón subsiguientes mediante la LDCT, la consulta deberá cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No se cobrará coseguro, copago ni deducible por la consulta para el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni por la LDCT.</p>
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el asesoramiento para beneficios preventivos de las ETS cubierto por Medicare.</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	
<p>Servicios para tratar afecciones renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su 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 autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte la sección: “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid) para tratar afecciones y enfermedades renales.</p>
<p>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p><i>Para que la atención en un centro de atención de enfermería especializada esté cubierta, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p>	<p>Usted paga \$0 por las internaciones en un centro de atención de enfermería especializada cubiertas por</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>(En el Capítulo 11 de este folleto, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF” por sus siglas en inglés).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. 	<p>MassHealth (Medicaid) y Medicare.</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p> Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede ser afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>Los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento individual y de grupo para dejar de usar tabaco. • Tratamiento farmacoterapéutico <ul style="list-style-type: none"> ○ parches de nicotina ○ goma de mascar ○ comprimidos para chupar <p>Programas complementarios adicionales para dejar de fumar y de consumir tabaco de Fallon Health: llamadas en conferencia individuales y entrenamiento individual por teléfono brindados por asesores certificados de tratamiento para el tabaquismo de nuestro programa para dejar de fumar, Quit to Win.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de los programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p> <p>Usted paga \$0 por las clases complementarias adicionales para dejar de fumar, Quit to Win, de Fallon Health.</p>
<p>Tratamiento de ejercicios supervisado (SET)</p> <p>El SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, y constar de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio del médico. 	<p>No se requiere copago para el tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubierto por Medicare.</p>


Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionarse por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en tratamiento de ejercicios para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital, tanto básicas como avanzadas. <p>Se podría cubrir el SET más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas, por 36 sesiones adicionales durante un período extendido, si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Transporte (médico que no sea de urgencia)</p> <p><i>Para que el transporte en ambulancia (que no sea de urgencia) esté cubierto, usted, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p> <p>El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>Taxi necesario y transporte en automóvil para el traslado de silla de ruedas por motivos médicos, dentro de la Mancomunidad de Massachusetts.</p> <p>Además, el plan reembolsará a los amigos o familiares designados por el miembro por el millaje del transporte médico calificado no urgente.</p> <p>El transporte, incluidos los reembolsos a amigos y familiares, debe coordinarse y organizarse durante el horario de atención de Fallon, llamando al proveedor de transporte del plan. Sugerimos hacer estos arreglos con al menos dos días hábiles de anticipación.</p>	<p>Usted paga \$0 por los viajes médicos que no sean de urgencia cubiertos por MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Transporte (que no sea de urgencia ni médico)</p> <p><i>Para que el transporte en ambulancia (que no sea de urgencia ni médico) esté cubierto, usted, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.</i></p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 140 viajes de ida o vuelta cubiertos por MassHealth (Medicaid) por año.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>El plan cubrirá un total de 140 viajes de ida o vuelta por año en ambulancia, cuando estén autorizados como médicamente necesarios, camioneta/camioneta adaptada para sillas de ruedas, servicios de viajes compartidos o taxi a lugares como la tienda de comestibles o los servicios religiosos. Los traslados se limitan a un radio de un máximo de 30 millas desde el punto donde se pasa a buscar al miembro.</p> <p>Asimismo, el plan reembolsará a los amigos o familiares designados por el miembro por el millaje del transporte médico calificado no urgente que se indica arriba.</p> <p>El transporte, incluidos los reembolsos a amigos y familiares, debe coordinarse y organizarse durante el horario de atención de Fallon, llamando al proveedor de transporte del plan. Sugerimos hacer estos arreglos con al menos dos días hábiles de anticipación.</p>	
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia son servicios brindados para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>El costo compartido por servicios de urgencia fuera de la red es el mismo que por los mismos servicios dentro de la red.</p> <p>La cobertura se aplica en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga \$0 por las consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare y MassHealth (Medicaid).</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>NaviCare HMO SNP cubre exámenes de la vista de rutina y anteojos, de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren alto riesgo de padecer glaucoma incluyen: las personas con antecedentes 	<p>Usted paga \$0 por los servicios de atención de la vista cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare, incluidos los dispositivos de ayuda para baja visión.</p> <p>Usted paga \$0 por los anteojos complementarios de hasta \$570. Existe un límite de cobertura del plan de \$570 por año calendario para anteojos</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A las personas con diabetes se les cubre una prueba de detección de la retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>Los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina. • Lentes de contacto y un juego de anteojos por año. • Correcciones o reemplazo de anteojos. <p>Los servicios adicionales cubiertos por NaviCare incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos nuevos pares de anteojos, lentes de contacto, lentes y marcos o mejoras de hasta el límite en la cobertura del plan de \$570 por año calendario. Los artículos deben comprarse en un proveedor de la red de EyeMed. Usted paga todos los cargos mayores a \$570. Se aplican las siguientes exclusiones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Promociones o cupones de comercios. ○ Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubierto por Medicare. ○ Dos pares de anteojos en lugar de bifocales. ○ Lentes o lentes de contacto no recetados. ○ Lentes de sol no recetados. 	<p>complementarios. Usted paga todos los cargos mayores a \$570 por año.</p>
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele a la secretaria del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios.
<p>Pelucas Las pelucas están cubiertas para los miembros que padecen pérdida de cabello como resultado del tratamiento de cualquier forma de cáncer o leucemia, hasta el límite de cobertura del plan de \$ 400 por año calendario. Usted paga todos los cargos mayores a \$400.</p>	<p>Usted paga \$0 por las pelucas cubiertas por Medicare y MassHealth (Medicaid). Usted paga \$0 por las pelucas cubiertas de hasta \$400. Hay un límite de cobertura del plan de \$400 por año calendario para pelucas. Usted paga todos los cargos mayores a \$400 por año.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos por el plan (exclusiones)**

En esta sección, se describen los servicios que se “excluyen”. El término “excluyen” significa que el plan no brinda cobertura para estos servicios.

La tabla detallada abajo describe algunos servicios y artículos que no cubre el plan en ninguna circunstancia o cubre solo en determinadas condiciones específicas.

No pagaremos por los servicios médicos excluidos que se enumeran en la siguiente tabla, excepto en las condiciones específicas que se detallan. La única excepción: pagaremos si en una apelación respecto de un beneficio médico de la tabla que se encuentra a continuación se determina que se trataba de un beneficio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 8 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla que aparece a continuación.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Acupuntura	<p style="text-align: center;">✓</p> Servicios de terapia de masajes Tui Na y orientales	<p style="text-align: center;">✓</p> Estará cubierto por Medicare para el dolor crónico en la zona lumbar. Consulte la Tabla de beneficios anterior. Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Todos los servicios, procedimientos, tratamientos, medicamentos y suministros relacionados con los reclamos de compensación laboral.	<p style="text-align: center;">✓</p>	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> Con cobertura en casos de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de un miembro malformado. Con cobertura para todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.
<p>El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada.</p> <p>El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluida pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvjecimiento y rendimiento mental), salvo cuando se consideren médicamente necesarios.	✓	
Adaptaciones para la accesibilidad al entorno (modificaciones del hogar).		✓ Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención.		✓ Las tarifas relacionadas con el programa de asistentes de atención personal o el programa de cuidado para adultos están cubiertas como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid), según las regulaciones del programa de MassHealth.
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.		✓ Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid) de acuerdo con las pautas de los servicios continuos de enfermería y los criterios de MassHealth.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios/procedimientos y suministros de medicina funcional (incluidos análisis de laboratorio y suplementos). La medicina funcional incluye a la medicina alternativa, holística y naturopática.	✓	
Los servicios de salud para el tratamiento de discapacidades relacionadas con el servicio militar proporcionados por el Sistema de salud militar (incluidos CHAMPUS o TRICARE) conforme al cual el gobierno federal acepta pagar los servicios y suministros.	✓	
Los servicios de salud recibidos como resultado de una guerra o cualquier acto de guerra que suceda durante el plazo de cobertura del miembro conforme a esta Evidencia de cobertura.	✓	
Entrega de comida a domicilio.		✓ Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.		✓ Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental que no sea de rutina.		✓ Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Zapatos ortopédicos.		<p style="text-align: center;">✓</p> Si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético. También están cubiertos como parte de nuestro plan en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Servicios de atención personal no cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid), incluidos servicio de niñera, recreación, supervisión, instrucciones o indicaciones verbales o capacitación vocacional.	✓	
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Exámenes físicos o inmunizaciones para mantener u obtener empleo, licencias, seguros, audiencias del tribunal, viajes, asesoramiento alimenticio, programas para la pérdida de peso, con fines prematrimoniales o de preadopción, o por motivos no preventivos.	✓	
Habitación individual en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> Con cobertura únicamente cuando sea médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK.	✓	
Procedimientos para invertir la esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Atención quiropráctica de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> Está cubierta la manipulación de la columna para corregir una subluxación. Los servicios de atención quiropráctica adicionales están cubiertos como parte de nuestro plan conforme al beneficio de MassHealth (Medicaid).
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		<p style="text-align: center;">✓</p> La atención dental de rutina está cubierta como parte de nuestro plan en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Cuidado de los pies de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> Se proporciona cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes). También puede estar cubierta como parte de nuestro plan en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		<p style="text-align: center;">✓</p> Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Autorremisión a proveedores fuera de la red del plan.		<p style="text-align: center;">✓</p> Atención de urgencia y de emergencia, y diálisis fuera del área.
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con las normas de Original Medicare.	✓	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo compartido.	✓	
Servicios prestados por proveedores que no pertenecen al plan, excepto por la atención de emergencia médica y la atención de urgencia, los servicios de diálisis renal (de los riñones) que usted utilice cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de NaviCare HMO SNP, y la atención de proveedores que no pertenecen al plan que sea coordinada con autorización previa de NaviCare HMO SNP.	✓	
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos y terapéuticos para personas que padecen pie diabético. También están cubiertos como parte de nuestro plan en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Transporte a citas para una persona que no sea el miembro.	✓	

CAPÍTULO 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

SECCIÓN 1	Introducción.....	119
Sección 1.1	En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC).....	119
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura para medicamentos de la Parte D del plan	120
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	121
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red	121
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	121
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan	122
Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	124
Sección 2.5	Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan.....	125
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	126
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	126
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	127
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	127
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	127
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	128
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	129
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	129
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.....	129
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?.....	130

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	132
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año.....	132
Sección 6.2	¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?	132
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	135
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	135
SECCIÓN 8	Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta	136
Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro	136
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?	136
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	137
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?.....	137
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?.....	137
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?.....	138
Sección 9.4	¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?.....	138
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	139
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura	139
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura	140
Sección 10.3	Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	141
SECCIÓN 11	Le enviamos informes donde se explican los pagos de sus medicamentos realizados en su nombre	141
Sección 11.1	Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”)	141
Sección 11.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos	142

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?

Debido a que usted es elegible para MassHealth (Medicaid), reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare a fin de cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa “Ayuda adicional”, **hay información en la Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplica para usted.**

Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta”, también conocida como “Cláusula adicional para subsidio por ingresos bajos” o “Cláusula adicional LIS”, que le informa sobre la cobertura para medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.**

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, NaviCare HMO SNP también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre los medicamentos que le dan durante las estadias cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*), se detallan los beneficios y costos de los medicamentos durante las estadias cubiertas en el hospital o centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan cubre únicamente los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico terminal y las afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos en virtud del beneficio de hospicios de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información respecto de la cobertura de hospicios, consulte la sección sobre hospicios del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

Las siguientes secciones abordan la cobertura de sus medicamentos en virtud de las normas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, MassHealth (Medicaid) cubre algunos medicamentos con receta. La Lista de medicamentos de venta libre (OTC) le indica qué medicamentos OTC (con una receta) están cubiertos por la cobertura para medicamentos de MassHealth (Medicaid).

Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura para medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada) para dar recetas.
- La persona autorizada para dar recetas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para dar recetas, o se rechazará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que llame o lo visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. De no ser así, tenga en cuenta que a la persona autorizada a dar recetas le lleva tiempo presentar los documentos necesarios que deben procesarse.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red
--

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (fallonhealth.org/navicare) o llamar al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si estaba usando una farmacia de la red, pero ha cambiado, y tiene que reponer un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También, puede encontrar información en nuestro sitio web fallonhealth.org/navicare.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar, que pueden estar cubiertos en los siguientes casos:
 - Nuestro plan ha aprobado su medicamento con receta para el tratamiento de infusión en el hogar.
 - La persona autorizada que emite sus recetas le ha extendido su receta.
 - Usted recibe servicios de infusión en el hogar por parte de una farmacia de la red del plan.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar en su área una farmacia para el tratamiento de infusión en el hogar. Si desea obtener más información, comuníquese con el Servicio para los inscritos.

- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC, que, generalmente, es la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos.
- 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 (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan
--------------------	--

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de “pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

Nuestro servicio de pedido por correo le permite solicitar **un suministro de hasta 100 días**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto encontrará detallados los números de teléfono).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo demorará entre 10 y 15 días como máximo en llegar. Si el pedido por correo a la farmacia prevé una demora de más de diez días, lo contactaremos y lo ayudaremos a decidir si debe esperar la medicación, cancelar el pedido por correo o surtir la receta en una farmacia local. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a una demora de un pedido por correo, puede comunicarse con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) para evaluar las opciones, que pueden incluir obtenerlo en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Provea su número de identificación y los números de receta al representante. Si desea una entrega de sus medicamentos al día siguiente o al segundo día, puede solicitarla a un representante de atención al cliente por un costo adicional.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de proveedores de atención médica, sin consultarlo antes con usted, en los siguientes casos:

- Usted utilizó servicios de pedido por correo de este plan con anterioridad.
- Usted se inscribió para recibir una entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de atención médica. Podría solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento, llamando al 1-844-657-0494 (TRS 711).

Si recibe automáticamente una receta por correo que no desea y no se comunicaron con usted para consultarle si la quería antes de enviarla, llame al 1-844-657-0494 (TRS 711).

Si utilizó el servicio de pedido por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe directamente todas las recetas nuevas, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-844-657-0494 (TRS 711).

Si nunca utilizó nuestra entrega del pedido por correo o decide suspender los surtidos automáticos de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para consultarle si desea que se le envíe el medicamento de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluidas la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de cancelar o postergar el pedido antes de que se le facture y envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta para evitar demoras en el envío.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

Para cancelar las entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al 1-844-657-0494 (TRS 711).

Reposiciones de recetas médicas de pedido por correo. Para obtener reposiciones de sus medicamentos, tiene la opción de registrarse en un programa de reposición automática. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su reposición siguiente automáticamente cuando nuestros registros indiquen que está por quedarse sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió. Si elige no utilizar nuestro programa de reposición automática, póngase en contacto con su farmacia con siete a diez días hábiles de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán, a fin de asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su participación en nuestro programa que prepara automáticamente las reposiciones de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al 1-844-657-0494 (TRS 711).

A fin de que la farmacia pueda contactarlo para confirmar su pedido antes de realizar el envío, asegúrese de informarle a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted. Para informarnos su método de contacto preferido, llame al 1-844-657-0494 (TRS 711).

Sección 2.4 **Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada). Puede pedir este suministro a través del servicio de pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio para los inscritos para obtener más información (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar **el servicio de pedido por correo** de la red del plan. Nuestro servicio de pedido por correo le permite solicitar un suministro de hasta 100 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)**Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan****En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.
- Si intenta obtener un medicamento con receta cubierto que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista de la red elegible o en una farmacia que brinde servicios de pedido por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos de una especialidad farmacéutica).
- Cualquier programa de administración de medicamentos dentro de la red, como la autorización previa y los límites de cantidad, se aplica a las compras fuera de la red. Las farmacias fuera de la red deben encontrarse en los Estados Unidos y sus territorios.

En estos casos, **primero consulte al Servicio para los inscritos** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo obtenga. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo que nos correspondía. (En la Sección 2.1 del Capítulo 6, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)**SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan****Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos**

El plan cuenta con una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, la denominamos la “**Lista de medicamentos**” para abreviarla.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de MassHealth (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. La Lista de medicamentos de venta libre (OTC) le indica qué medicamentos OTC (con una receta) están cubiertos por la cobertura para medicamentos de MassHealth (Medicaid).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- Esté respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema informático DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

Los medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos por su cobertura para medicamentos de MassHealth (Medicaid) no están incluidos en la Lista de medicamentos. Para averiguar qué medicamentos OTC están cubiertos (con una receta) por su cobertura para medicamentos de MassHealth (Medicaid), consulte la Lista de medicamentos de venta libre.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

Hay 4 formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (fallonhealth.org/navicare). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio para los inscritos para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).
4. Consulte la Lista de medicamentos de venta libre más reciente que le proporcionamos de forma electrónica.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

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

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual lo ayuda a mantener la cobertura para medicamentos de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura para medicamentos y el costo compartido.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.

Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 8).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma farmacéutica del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las siguientes secciones le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. **Cuando esté disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor ha escrito “sin sustitución” en su receta para un medicamento de marca, entonces sí cubriremos el medicamento de marca.

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero, por lo general, igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le produce ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener limitando la cantidad de medicamento que puede adquirir cada vez que surte la receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) o visite nuestro sitio web (fallonhealth.org/navicare).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción en el medicamento que quiere tomar, debe ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos para ver qué tendría que hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 8).

SECCIÓN 5 **¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?**

Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera
--------------------	--

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento con receta que esté tomando actualmente o uno que usted o su proveedor piensen que debería estar tomando y que no figura en nuestro Formulario o figura en nuestro Formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que tiene que tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí se incluye lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar la solicitud para que se le cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no esté en la Lista de medicamentos o cuando esté restringido de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- El medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 en este capítulo se explican las restricciones).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para los miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año anterior:**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 108 días de su membresía en el plan si usted es un miembro nuevo y durante los primeros 108 días del año calendario si estuvo en el plan el año anterior**. Este suministro temporal será para un suministro máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar un suministro máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del plan durante más de 108 días, residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato, haremos lo siguiente:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto se agrega a la situación de suministro temporal ya mencionada.

- **Para los miembros que han sido ingresados o dados de alta de un centro de atención a largo plazo (LTC), haremos lo siguiente:**

Si es necesario, cubriremos una reposición temprana para sus medicamentos.

Para pedir un suministro temporal, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio para los inscritos y solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico puede ayudarlo a

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 les dice qué hacer. Se explican los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada de inmediato y con imparcialidad.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos que ahora están disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno da su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

Cuando se introducen modificaciones a la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información al respecto en nuestro sitio web. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir las modificaciones que se hubieran producido desde la última actualización. A continuación, indicamos los momentos en los que recibiría un aviso directo en el caso de que se realizaran modificaciones a un medicamento que está tomando. También puede llamar al Servicio para los inscritos para obtener más información (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

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

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o modificamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas opciones)**
 - Podríamos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazaremos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido, o en uno inferior, y que tendrá las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambos.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar tal cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca.
 - Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que realizamos. También incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - De vez en cuando, algún medicamento se puede retirar repentinamente del mercado porque se descubre que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

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

- Una vez comenzado el año, podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted esté tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido, agregar restricciones nuevas al medicamento de marca o ambas. También podríamos realizar cambios a partir de los cuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle sobre el cambio y darle una reposición para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente toma el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios le sucede a un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo por un medicamento genérico de un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente y es importante que consulte la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver los cambios en los medicamentos.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)**SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?****Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 8 de este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por MassHealth (Medicaid), deberá pagarlo usted mismo.

A continuación, se describen tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto del indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - En general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema informático DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar incluidos dentro de la cobertura para medicamentos de MassHealth (Medicaid); consulte la Lista de medicamentos de venta libre en fallonhealth.org/navicare

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre), a menos que figuren en nuestra Lista de medicamentos OTC.
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado, a menos que esté recetado y cubierto por nuestro beneficio OTC.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

- Medicamentos para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor, a menos que figuren en nuestra Lista de medicamentos OTC.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro
--------------------	--------------------------------------

Para obtener un medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan su medicamento con receta cubierto.

Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?
--------------------	---

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Después puede pedir que le **reembolsemos** el costo que nos correspondía. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)**SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?**

Si ingresa en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos.

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

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

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 108 días de su membresía. El suministro total será para un suministro máximo de 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si usted ha sido miembro del plan durante más de 108 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura para este medicamento, cubriremos un suministro para 31 días o menos, si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 les dice qué hacer.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)**Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?**

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero. Sin embargo, esto no se aplica si usted tiene acceso a un seguro médico que no sea Medicare, que cumpla con el nivel de beneficios básicos, según se define en la Sección 501.001 del Título 130 del CMR. Para obtener más información sobre la elegibilidad, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 1.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?

los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere de un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle al hospicio o a la persona autorizada a emitir recetas que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le proporcione el medicamento con receta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura
---------------------	--

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que están recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)**Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura**

Contamos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de forma segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o determinadas farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podríamos consultar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides recetados o benzodiazepinas no es seguro, podríamos limitar las formas en que obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones podrían ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides y benzodiazepinas de una farmacia determinada.
- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides y benzodiazepinas de un médico determinado.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si consideramos que en su caso se deberían aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta incluirá información que le explicará las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse a su caso. También tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la posibilidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de cometer un uso indebido de medicamentos con receta o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si decide presentar una apelación, revisaremos su caso y tomaremos una decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su solicitud relativa a las limitaciones que corresponden a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 8.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o la enfermedad de células falciformes, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos o cuidados al final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

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

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toma. Nuestro programa se denomina Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para distintas afecciones médicas y tienen costos elevados de medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden recibir servicios por medio de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de atención médica llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos con receta o de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Se recomienda hacer que revisen sus medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (junto con su tarjeta de identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 11 Le enviamos informes donde se explican los pagos de sus medicamentos realizados en su nombre

Sección 11.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (la “EOB de la Parte D”)

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo **“que paga de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de sus **“costos totales de medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces llamado la “EOB de la Parte D”) cuando haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con su médico sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, al igual que cualquier cambio porcentual desde el primer surtido para cada reclamo de receta con la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta que pueda estar disponible.

Sección 11.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos
---------------------	---

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por los mismos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada, siempre y cuando realice lo siguiente:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que se están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos de venta libre (OTC)

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague el medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 6 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

Tenga en cuenta que los miembros de NaviCare no son responsables de cubrir ningún costo de los medicamentos o servicios cubiertos.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D* (una EOB de la Parte D), léala para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que al informe le falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre su gasto en medicamentos.

CAPÍTULO 6

*Cómo solicitarnos que
paguemos una factura que
usted recibió en concepto de
servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	146
Sección 1.1	Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso	146
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibí	148
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	148
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....	149
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento	149
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación	149
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	150
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo	150

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso**

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Usted no debe recibir ninguna factura en concepto de servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado los servicios o medicamentos de Medicare cubiertos por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan, así no tiene ningún costo por los servicios cubiertos. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

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

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe atención de emergencia o servicios de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos el monto.

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden que pague los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos el costo de sus servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso. Para obtener información adicional sobre cómo solicitar la devolución y los plazos para realizar la solicitud, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 8 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

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

**Reclamaciones médicas
(servicios que obtiene en el consultorio del proveedor):**
Fallon Health
P.O. Box 211308
Eagan, MN 55121-2908
Correo electrónico:
reimbursements@fallonhealth.org

**Reclamos relacionados con la farmacia
(servicios que obtiene en la farmacia):**
OptumRx Claims Department
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Debe enviarnos su reclamo dentro de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio o producto, y dentro de los **tres años** a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Como miembro de NaviCare, usted no paga ningún costo por los servicios cubiertos. Si usted recibe facturas y no sabe qué tiene que hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no****Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o bien, si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos el medicamento o la atención. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explica las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 8. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la sección del Capítulo 8 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación para obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 8.
- Si desea hacer una apelación para obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 8.

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

A continuación, se presenta un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Debido a que usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Puesto que no está solicitando un pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera como una decisión de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 7

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan reconoce sus necesidades específicas y mantiene una relación mutuamente respetuosa con usted	153
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).....	153
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	153
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	154
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores, sus servicios cubiertos y la forma en que evaluamos la inclusión de la tecnología nueva como un beneficio cubierto.....	159
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	161
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar reclamaciones y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	164
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?.....	164
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos y realizar recomendaciones relacionadas con nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los miembros	165
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	167
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	167

SECCIÓN 1 Nuestro plan reconoce sus necesidades específicas y mantiene una relación mutuamente respetuosa con usted

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Nuestro plan cuenta con un personal y servicios de interpretación gratuitos, disponibles para responder las preguntas de los miembros con alguna discapacidad y que no hablan español. De ser necesario, también podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo.

Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso, llame para presentar una queja al Departamento de Apelaciones y quejas de los miembros al 1-800-333-2535 ext. 69950 (TRS 711). También puede presentar una reclamación ante Medicare al número de teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o en este correo; o bien, puede comunicarse con el Servicio para los inscritos para obtener más información.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 da una explicación más amplia). Llame al Servicio para los inscritos para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención.

También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a reponerlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la Sección 11 del Capítulo 8 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 8 le explica lo que puede hacer).

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Aviso sobre prácticas de privacidad”, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

El registro de afiliados centralizado (CER) está centrado en el inscrito y contiene toda la actividad y las autorizaciones creadas por los miembros del equipo de atención primaria (PCT) de NaviCare en su nombre. Además, la actividad completada por el equipo o los especialistas en atención de enfermería para pacientes internados de Fallon Health mientras usted estuvo en un centro para pacientes internados también se incluye en este sistema. Esta información es parte de su conjunto de registros designados y, según la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto a esta información. Usted o sus representantes autorizados tienen derecho a solicitar una copia de la documentación del CER y a solicitar que se enmiende o corrija. Si usted nos pide que se corrija o enmiende, consideraremos su solicitud y decidiremos si los cambios deben realizarse. Si el registro en cuestión es de un proveedor, lo dirigiremos a su proveedor de atención médica con respecto a dicha solicitud. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias impresas. Llame al Servicio para los inscritos de NaviCare al 1-877-700-6996 para obtener asistencia sobre cómo recibir las copias de su CER o cómo enmendar la documentación del CER.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada, y cómo puede obtener acceso a esta información. **Revíselo cuidadosamente.**

En vigencia a partir del 28 de enero de 2020

Fallon Health y sus empleados están dedicados a mantener la privacidad de su información personal de salud (PHI), según lo requerido por las leyes federales y estatales aplicables. Estas leyes requieren que le proporcionemos este Aviso sobre prácticas de privacidad y que le informemos sus derechos y obligaciones en relación con la PHI, que es información que lo identifica y está relacionada con su afección física o de salud mental. Estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen a continuación mientras este Aviso esté vigente.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

A. Divulgaciones permitidas de PHI. Podríamos divulgar su PHI por los siguientes motivos:

- 1) **Tratamiento.** A un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento. Por ejemplo, podríamos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeros, técnicos o personal involucrado en la administración de su atención.
- 2) **Pago.** Para establecer los beneficios de elegibilidad del seguro para usted. También podríamos entregar su PHI a nuestros socios comerciales, compañías de procesamiento de reclamos y terceros que procesen nuestros reclamos de atención médica.
- 3) **Operaciones de atención médica.** En relación con nuestras operaciones de atención médica. Entre estas, se incluyen actividades de evaluación de calidad, evaluación del desempeño de los proveedores y otras operaciones comerciales. A veces, esto puede incluir la revelación de su información al patrocinador de su plan de salud. No obstante, no utilizaremos ni divulgaremos su información genética para fines de inscripción.
- 4) **Tratamiento de emergencia.** Si requiere recibir tratamiento de emergencia o no puede comunicarse con nosotros.
- 5) **Familia y amigos.** A un familiar, amigo o cualquier otra persona que usted indique que participa en su atención, o el pago de su atención, o un familiar adulto que esté en su póliza, a menos que usted se oponga.
- 6) **Requerido por ley.** Para propósitos de cumplimiento de la ley y según lo requerido por la ley estatal o federal. Por ejemplo, la ley podría obligarnos a denunciar casos de abuso, abandono o violencia doméstica.
- 7) **Procedimiento judiciales y administrativos.** En el curso de procedimientos judiciales o administrativos, incluidas las respuestas a las órdenes de un tribunal, citación como testigos u otras exigencias para procesos legítimos.
- 8) **Amenaza grave a la salud o seguridad.** Si consideramos que es necesario a fin de evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o a las del público.
- 9) **Salud pública.** A autoridades de salud públicas u otras autoridades que estén a cargo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o que deban recopilar datos sobre la salud pública.
- 10) **Actividades de supervisión de la salud.** A una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades incluyen auditorías e investigaciones y procedimientos civiles, administrativas o penales.
- 11) **Investigación.** Para determinados fines de investigación, pero solo si existen protecciones y protocolos para garantizar la privacidad de su PHI.
- 12) **Compensación laboral.** Para cumplir con las leyes en relación con la compensación laboral u otros programas similares.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

- 13) **Actividades gubernamentales especializadas.** Si usted es un militar activo o veterano, según lo exijan las autoridades de comando militar. También podríamos tener que divulgar la PHI a funcionarios federales autorizados a fin de realizar inteligencia u otras actividades de seguridad nacional.
- 14) **Donación de órganos.** A organizaciones de obtención de órganos a fin de facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos, si usted es donante de órganos, o no ha indicado que no desea ser donante.
- 15) **Forenses, médicos legistas, funerarias.** A forenses o médicos legistas a los fines de identificar una persona fallecida o determinar la causa de la muerte, y a las funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus tareas.
- 16) **Difuntos.** A los oficiales del cumplimiento de la ley, en relación con su muerte, si tenemos motivos para creer que su muerte fue el resultado de una actividad criminal.
- 17) **Ayuda en casos de desastre.** A menos que usted se oponga, a una agencia gubernamental o entidad privada (tales como FEMA o Cruz Roja) que ayude en casos de desastre.

Tenga en cuenta que podemos limitar la cantidad de información que compartimos sobre usted para estos fines conforme a las leyes federales y estatales que puedan ser más restrictivas; por ejemplo, leyes estatales sobre registros de salud mental y VIH/sida, y leyes sobre el tratamiento por trastorno por consumo de sustancias.

Debemos divulgar la PHI al Departamento de Salud y Servicios Humanos, de acuerdo con las medidas que podrían adoptar para investigar, monitorear y hacernos aplicar el cumplimiento con la HIPAA.

B. Divulgaciones que requieren autorización por escrito.

- 1) **No permitido de otra forma.** No podremos divulgar su PHI en ninguna otra situación que no esté descrita en la Sección A sin su autorización por escrito.
- 2) **Notas de psicoterapia.** Debemos recibir su autorización por escrito para divulgar las notas de psicoterapia, salvo para determinadas actividades de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- 3) **Comercialización y venta de la PHI.** Debemos recibir su autorización por escrito para todas las divulgaciones de PHI con fines de comercialización o para todas las divulgaciones que sean ventas de PHI.

C. Sus derechos. Usted tiene derecho a:

- 1) **Recibir una copia impresa de este aviso.** Recibir una copia impresa de este aviso tras solicitarla.
- 2) **Acceder a la PHI.** Inspeccionar y recibir una copia de su PHI durante el tiempo que nosotros conservemos su registro médico. Debe enviar una solicitud por escrito al funcionario de privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso. Es posible

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

que le cobremos una tarifa razonable según el costo. En determinadas circunstancias, podríamos rechazar su solicitud de acceso a su PHI y usted podría solicitar que reconsideremos nuestro rechazo. Según cuál sea el motivo del rechazo, otro profesional de atención médica certificado elegido por nosotros podría revisar su solicitud y el rechazo.

- 3) **Derecho a solicitar restricciones.** Solicitar una restricción sobre la utilización o divulgación de su PHI con el propósito de operaciones de tratamiento, pago o atención médica, excepto en el caso de una emergencia. También puede solicitar una restricción sobre la información que divulgamos a un familiar o amigo que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención. No obstante, no estamos obligados por ley a aceptar dicha restricción.
 - 4) **Restringir la divulgación por servicios que usted pagó en su totalidad.** Restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud si la PHI está relacionada con los servicios de atención médica por los que usted le pagó al proveedor de atención médica en su totalidad y de su bolsillo. Debe enviar una solicitud por escrito al funcionario de privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso.
 - 5) **Revocación.** Solicitar por escrito que cualquier Autorización para divulgar información que firmó previamente se revoque; sin embargo, toda divulgación realizada mientras su autorización estaba en vigencia no se verá afectada por dicha revocación.
 - 6) **Solicitar enmienda.** Solicitar que enmendemos su PHI si considera que es incorrecta o está incompleta, durante el tiempo que nosotros conservemos su registro médico. Podríamos rechazar su solicitud de enmendar si no fuimos nosotros quienes creamos la PHI, no se trata de información que conservamos, no se trata de información que usted tiene permitido inspeccionar o copiar (como notas de psicoterapia), o determinamos que la PHI es precisa y completa.
 - 7) **Rendición de cuentas de las divulgaciones.** Solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones de PHI que realizamos (que no sean las realizadas con fines de operaciones de tratamiento, pago o atención médica) durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Debe enviar una solicitud por escrito, en la que especifique el período de dicha rendición, al funcionario de privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso.
 - 8) **Comunicaciones confidenciales.** Solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI a través de determinados medios o en determinadas ubicaciones. Por ejemplo, podría especificar que lo llamemos solo a su número de teléfono particular y no a su número de teléfono laboral. Debe enviar una solicitud por escrito, en la que especifique cómo y dónde nos podemos comunicar con usted, al funcionario de privacidad a la dirección que se indica al final de este aviso.
 - 9) **Aviso de filtración.** Usted tiene derecho a recibir una notificación si nosotros, o alguno de nuestros socios comerciales, tomamos conocimiento sobre una filtración de su PHI no asegurada.
- D. **Cambios al aviso.** Podemos modificar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, o en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo electrónico en el siguiente envío de correos anual.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

E. **Preguntas y reclamaciones.** Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros. Si le preocupa que pudiéramos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos respecto a la utilización, la divulgación o el acceso a su PHI, podría presentar una reclamación ante nosotros comunicándose con el funcionario de privacidad a la dirección y el número de teléfono que se indican al final de este aviso. También podría presentar una reclamación por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Si la solicita, le proporcionaremos la dirección para que presente dicha reclamación.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna forma si usted elige presentarnos una reclamación o presentarlo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Dirija todas sus preguntas o reclamaciones a la siguiente dirección:

Fallon Health
Attention: Privacy Officer
10 Chestnut Street
Worcester, MA 01608

Teléfono: 1-800-868-5200 (TTY 711)
Fax: 1-508-831-1136

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores, sus servicios cubiertos y la forma en que evaluamos la inclusión de la tecnología nueva como un beneficio cubierto
--------------------	--

En su condición de miembro de NaviCare HMO SNP, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También, incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y las calificaciones de estrellas del plan, como la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
 - Los servicios de planificación familiar en cualquier proveedor de planificación familiar contratado están cubiertos. También puede consultar a su PCP para los servicios de planificación familiar. Cualquier servicio de planificación familiar fuera de la red exigirá una autorización previa del plan. Llame al Servicio para los inscritos al 1-877-700-6996 si necesita ayuda para encontrar un proveedor de servicios de planificación familiar.
 - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 de este folleto, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y la *Lista de medicamentos de venta libre* del plan. En este capítulo, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y la *Lista de medicamentos de venta libre*, se describe qué medicamentos están cubiertos y se explican las normas que debe seguir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de venta libre o de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica, medicamento OTC o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 8 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 8 también explica cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).

- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 6 de este folleto.
- **Información acerca de cómo evaluamos la inclusión de la nueva tecnología como un beneficio cubierto.**
 - Fallon Health evalúa la inclusión de nuevas tecnologías médicas y de la salud conductual, nuevas aplicaciones de tecnologías existentes y la revisión de casos especiales para incluirlos en la cobertura del plan de salud a través de nuestro Technology Assessment Committee.
 - El Comité de Evaluación de Tecnología incluye administradores médicos, médicos en ejercicio del área de servicio del plan y personal del plan que realizan extensas revisiones de las publicaciones respecto a la nueva tecnología propuesta. Esto incluye la revisión de información de agencias gubernamentales como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y evidencias científicas publicadas.
 - Fallon Health usa organizaciones de investigación externas, que realizan revisiones de la documentación disponible sobre un cierto procedimiento. Cuando es necesario, Fallon Health solicita información a especialistas o profesionales con conocimiento en las tecnologías propuestas.
 - Para aquellas tecnologías que pueden significar mejores resultados para nuestros miembros sin aumentar de manera sustancial los riesgos del tratamiento, se desarrollan criterios de evaluación de la tecnología de acuerdo con el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA).
 - Fallon Health tiene un proceso separado, pero similar, para evaluar los nuevos medicamentos y nuestro Comité de Farmacia y Tratamientos realiza las revisiones.

Sección 1.5**Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención****Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de salud cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 8 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.
- **El derecho a no sufrir ningún tipo de abuso, negligencia y explotación.** Las leyes federales y estatales protegen su salud y bienestar. Si cree que se encuentra en una situación de abuso, negligencia o explotación intencional o no intencional, comuníquese con su administrador de atención, otro miembro de su equipo de atención primaria o Servicios para inscritos (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este libro). Si siente que se encuentra ante un caso de abuso, negligencia o explotación y es una emergencia, llame al 911.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados “**testamento vital**” y “**poder de representación para las decisiones de atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada”, para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un Formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este Formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o familiares también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que estará internado en un hospital y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un Formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un Formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Recuerde que es su elección llenar o no un Formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una reclamación ante

Contra un hospital:

Department of Public Health
Division of Health Care Facility
Licensure & Certification
Complaint Intake Unit
99 Chauncy St.
Boston, MA 02111
1-800-462-5540

Contra un médico particular:

Consumer Protection Coordinator
Board of Registration in Medicine
200 Harvard Mill Square, Suite 330
Wakefield, MA 01880
1-800-377-0550
TTY: 1-781-876-8395

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar reclamaciones y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--------------------	--

El Capítulo 8 de este folleto le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y reclamaciones. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una reclamación. Tiene derecho a permanecer libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia en relación con su decisión de cobertura, apelación o reclamación. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una reclamación, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y las reclamaciones que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?
--------------------	--

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al Servicio para los inscritos** (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- O bien, puede **llamar al Servicio al Cliente de MassHealth** al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos y realizar recomendaciones relacionadas con nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los miembros
--------------------	---

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

- Puede **llamar al Servicio para los inscritos** (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- O bien, puede **llamar al Servicio al Cliente de MassHealth** al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a realizar recomendaciones relacionadas con las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de Fallon Health. Para realizar recomendaciones, puede llamar al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.9 Igualdad de la atención de salud mental

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención médica administrada, incluida NaviCare HMO SNP, brinden servicios de salud conductual a los miembros de MassHealth de la misma manera que brindan los servicios de salud física. Esto es lo que se denomina “igualdad”. En términos generales, esto significa lo siguiente:

- 1) NaviCare HMO SNP debe proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias que pueda tener que para otros problemas físicos.
- 2) NaviCare HMO SNP debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento para los servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias similares a los de los servicios de salud física.
- 3) NaviCare HMO SNP debe proporcionarle a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica utilizados por NaviCare HMO SNP con respecto a la autorización previa cuando usted o su proveedor lo solicite.
- 4) NaviCare HMO SNP también debe proporcionarle, dentro de un plazo razonable, la razón de cualquier denegación de la autorización para recibir servicios de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias.

Si considera que NaviCare HMO SNP no está brindando la paridad que se explicó anteriormente, tiene derecho a presentar una queja ante NaviCare HMO SNP. Para obtener más información sobre las quejas y sobre cómo presentarlas, consulte el Capítulo 8 de este manual.

También puede presentar una queja ante MassHealth. Puede hacerlo llamando al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Para obtener más información, consulte la Sección 450.117(J) del Título 130 del CMR.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la Evidencia de cobertura, conocerá lo que está cubierto y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir, y lo que paga.
 - El Capítulo 5 brinda los detalles sobre su cobertura de la Parte D para medicamentos con receta y medicamentos OTC.
- **Si tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** Llame al Servicio para los inscritos a fin de informarnos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, usted está excluido de la inscripción en nuestro plan si tiene acceso a otro seguro de salud, a excepción de Medicare, que cumpla con el nivel de beneficios básicos, como se define en la Sección 501.001 del Título 130 del CMR.
 - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid) para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Infórmeles a su médico y otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D y medicamentos OTC.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporciónese la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

- Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También, esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de NaviCare HMO SNP, MassHealth (Medicaid) paga sus primas de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y sus primas de la Parte B. Si MassHealth (Medicaid) no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 8 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
 - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
 - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio para los inscritos para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario en el que puede llamar al Servicio para los inscritos están impresos en la portada posterior de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 8

*Qué debe hacer si tiene un problema
o una reclamación (decisiones de
cobertura, apelaciones,
reclamaciones)*

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

SECCIÓN 1	Introducción.....	173
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una queja	173
Sección 1.2	Acerca de los términos legales	173
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	174
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	174
SECCIÓN 3	Comprensión de las reclamaciones y apelaciones a Medicare and MassHealth (Medicaid) en nuestro plan	175
PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS		175
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones	175
Sección 4.1	¿Debería usted usar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O quiere presentar una reclamación?	175
SECCIÓN 5	Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	176
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	176
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación.....	177
Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación? .	179
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	179
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención	179
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) ..	182
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)	185
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2.....	189
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que paguemos una factura que ha recibido por concepto de atención médica?	194

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

SECCIÓN 7	Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	196
Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D.....	196
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	198
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones	199
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	200
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	204
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	207
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	209
Sección 8.1	Durante la estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos	210
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	211
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	214
Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?216	
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	218
Sección 9.1	Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).....	218
Sección 9.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura	219
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	220
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	223
Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?224	
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	227
Sección 10.1	Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos	227

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Sección 10.2	Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid).....	229
Sección 10.3	Niveles 3, 4, y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D	229
SECCIÓN 11	Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	230
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamación?.....	230
Sección 11.2	El nombre formal para “presentar una reclamación” es “interponer una queja”.....	233
Sección 11.3	Paso a paso: Presentación de una reclamación.....	233
Sección 11.4	También puede presentar reclamaciones sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad.....	234
Sección 11.5	También puede informarle a Medicare y MassHealth (Medicaid) acerca de su reclamación	235

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamaciones**.

Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La **Sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto por seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una reclamación” en lugar de “interponer una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros****Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Para obtener información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con MassHealth (Medicaid). Si rechazamos total o parcialmente la apelación que presenta, puede solicitar la revisión del Consejo de Audiencias (BOH) de MassHealth (Medicaid). Para obtener ayuda del Consejo de Audiencias de MassHealth (Medicaid), puede llamar al 1-800-841-2900 o al 1-617-210-5800. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-665-9997.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

SECCIÓN 3 Comprensión de las reclamaciones y apelaciones a Medicare and MassHealth (Medicaid) en nuestro plan

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

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

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 ¿Debería usted usar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O quiere presentar una reclamación?

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

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare o MassHealth (Medicaid)**, utilice esta tabla:

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, “Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Saltee a la **Sección 11** del final de este capítulo, “**Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**”.

SECCIÓN 5 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Petición de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista

Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos que tomemos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, **si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.** En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento ya no tienen cobertura de Medicare o MassHealth (Medicaid) para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es leída por personas diferentes a las que toman la decisión desfavorable original.

Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En algunas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede solicitar una decisión acelerada o “decisión rápida de cobertura”, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos.
- En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Nos puede llamar al Servicio para los inscritos** (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la **Sección 2** de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.**
 - Su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de atención médica solicita que el servicio o artículo que usted está recibiendo continúe recibéndose durante la apelación, **puede que** deba designar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas para que actúe como su representante.
 - Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, usted **debe** designar a su médico para que actúe como su representante.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, usted debe designar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como su representante.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de atención médica, u otra persona sea su representante, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web fallonhealth.org/navicare). El Formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del Formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?**

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- La **Sección 6** de este capítulo, “Su atención médica cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- La **Sección 7** de este capítulo, “Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- La **Sección 8** de este capítulo, “Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- La **Sección 9** de este capítulo, “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (esta sección se aplica solo a los siguientes servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo, “Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como también medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor de atención médica, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (que habíamos aprobado previamente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

- La **Sección 8** de este capítulo, “Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- La **Sección 9** de este capítulo, “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto”. Esta sección trata solo acerca de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).
- Para **todas las demás situaciones** en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (**Sección 6**) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Averiguar si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 6.2 .
¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si le dijimos que se suspenderá o reducirá un servicio médico que ya está recibiendo.	Es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante la apelación. Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (Cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una “**determinación integrada de la organización**”.

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida de cobertura**”.

Términos legales

Una “**decisión rápida de cobertura**” se denomina una “**determinación integrada acelerada**”.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque el apartado denominado “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica”.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar” a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, responderemos dentro de las **72 horas** después de recibir su solicitud.

- En el caso de una solicitud **para un artículo o servicio médico**, podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores de atención médica fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una reclamación rápida, le damos respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una reclamación es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
 - En el caso de una **solicitud para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores de atención médica fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica **que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si la vía de plazos estándares pudiera **poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
- En esta carta se le informará que, si su médico pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
- En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

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

Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura

- Generalmente, para una decisión rápida de cobertura sobre una solicitud para artículos o servicios médicos, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una reclamación rápida, le damos respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período) o 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura sobre su solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una reclamación rápida, le damos respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período) o 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección 6.3** a continuación).

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una “ reconsideración integrada ” del plan.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque el apartado denominado “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica”.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** También, puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica”.
 - Si un tercero, que no sea su médico, apela nuestra decisión, debe adjuntar el Formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita que el servicio o artículo que usted ya está recibiendo continúe recibiéndose durante la apelación, es posible que deba designar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en nombre de usted. (Para obtener el Formulario, póngase en contacto con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) y solicite el Formulario de “Nombramiento de un representante”. (También, está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web fallonhealth.org/navicare). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el Formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de descartar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llame al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica”.**
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que su apelación se demoró al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “reconsideración integrada acelerada”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Si le informamos que suspenderíamos o reduciríamos los servicios o artículos que usted ya estaba recibiendo, es posible que siga recibiendo esos servicios o artículos durante la apelación.

- Si decidimos modificar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que actualmente recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los diez días calendario de la fecha del sello de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción, lo que sea más tarde.
- Si cumple con esta fecha límite, podrá seguir recibiendo el servicio o artículo sin ningún cambio mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los otros servicios o artículos (que no sean el objeto de la apelación) sin ningún cambio.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos límite para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos límite para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud para un artículo o servicio médico **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación. Le proporcionaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una reclamación rápida, le damos respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamaciones, incluidas las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta para la fecha límite aplicable que se indica anteriormente (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales para la solicitud de un artículo o servicio médico), estamos obligados a remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario, o **en el plazo de siete días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.

- Si su problema es con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que hemos enviado su caso a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema es con la cobertura de un servicio o artículo de MassHealth (Medicaid), en la carta se le informará cómo puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2
--------------------	--

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación en el Nivel 1, le enviaremos una carta. En la carta, se le indicará si el servicio o artículo está cubierto por Medicare o MassHealth (Medicaid), o si podría estar cubierto por ambos.

- Si su problema es con un servicio o artículo que suele **estar cubierto por Medicare**, enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en cuanto se complete la apelación de Nivel 1.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si su problema es con un servicio o artículo que suele **estar cubierto por MassHealth (Medicaid)**, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le indicará cómo hacerlo. Abajo encontrará la información.
- Si su problema es con un servicio que podría **estar cubierto tanto por Medicare como por MassHealth (Medicaid)**, automáticamente obtendrá una apelación de Nivel 2 con la Organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si reunía los requisitos para continuar recibiendo los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento por los que presentó la apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 170 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es con un servicio que suele estar cubierto por Medicare únicamente, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la Organización de revisión independiente.
- Si su problema es con un servicio que suele estar cubierto por MassHealth (Medicaid), sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de diez días calendario luego de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema es con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir:

Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Si se le concedió una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación “rápida”, recibirá automáticamente una apelación “rápida” en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede llevar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de su solicitud de un artículo o servicio médico, debemos:**
 - autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas** o
 - brindar el servicio en un plazo de **14 días calendario** luego de recibir la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**, o
 - brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en la que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos:
 - autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la Organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes estándares** o
 - **en el plazo de 24 horas** desde la fecha en la que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente en el caso de las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar 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 (por un total de cinco niveles de apelación).
- 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 recibió después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los procesos de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5. Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” que revisa los casos de Medicare es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) suele cubrir:

Paso 1: Puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que suelen estar cubiertos por MassHealth (Medicaid) es una audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** desde la fecha en la que enviamos la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que le enviaremos le informará dónde presentar su solicitud de audiencia.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si decide solicitar una apelación externa, **usted** debe presentar la solicitud de audiencia por escrito ante el Consejo de Audiencias (BOH) de la Oficina de Medicaid (la oficina de audiencias imparciales de Massachusetts) en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de envío por correo del aviso de denegación de NaviCare HMO SNP (o, en el caso de que el plan no resuelva su apelación de forma oportuna, en un plazo de 120 días a partir de la fecha en la que caducó el plazo del plan para resolver dicha apelación). Nuestro Departamento de Apelaciones y quejas de los miembros puede ayudarlo con este proceso, **pero es su responsabilidad (o la de su representante) enviar la solicitud y hacerlo en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de envío por correo del aviso de denegación.** Las solicitudes de audiencia deben enviarse a:

Executive Office of Health and Human Services
Board of Hearings
Office of Medicaid
100 Hancock Street, 6th floor
Quincy, MA 02171
O bien, por fax al 1-617-887-8797.

- Cuando presente una apelación ante el BOH, le enviaremos a dicho Consejo la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle al BOH información adicional para sustentar su apelación.

Derecho a continuar con los servicios:

- Si corresponde, puede optar por seguir recibiendo los servicios solicitados de NaviCare HMO SNP durante el proceso de apelaciones estándares o aceleradas del BOH. Si quiere continuar recibiendo estos servicios, usted o su representante de apelaciones autorizado deben presentar la solicitud de apelación en un plazo de diez días calendario a partir de la fecha de nuestra carta de la apelación de Nivel 1 e indicar que desea continuar recibiendo estos servicios.
- Si el resultado de la revisión externa no es favorable para usted, usted será económicamente responsable por los servicios prestados.

Paso 2: La oficina de audiencias imparciales le da su respuesta.

La oficina de audiencias imparciales le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- **Si la oficina de audiencias imparciales acepta parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o brindar el servicio o el artículo en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la oficina de audiencias imparciales.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- **Si la oficina de audiencias imparciales rechaza parte o la totalidad de su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).

Si se “rechaza” parte o la totalidad de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la Organización de revisión independiente o la oficina de audiencias imparciales rechazan parte o la totalidad de lo que solicitó, **tiene derechos de apelación adicionales.**

Si su apelación de Nivel 2 fue a una **Organización de revisión independiente**, usted puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un cierto monto mínimo. La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. **En la carta que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicarán otros derechos de apelación que puede tener.**

La carta que reciba de la oficina de audiencias imparciales describirá esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación luego del Nivel 2.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que paguemos una factura que ha recibido por concepto de atención médica?
--------------------	--

Los miembros de NaviCare no tienen costos compartidos por los servicios cubiertos. Si ya ha pagado los servicios o artículos de MassHealth (Medicaid) cubiertos por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la **Sección 5.1** de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto, *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Si quiere que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare**, o nos solicita que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de **MassHealth (Medicaid)** que usted pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto, *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud.
- Si la atención médica **no** está cubierta, o usted **no** siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a negar su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3 de este capítulo. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación 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.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo, “Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla).

Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, las normas y restricciones respecto de la cobertura de la Lista de medicamentos y la información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D y medicamentos de venta libre [OTC]*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la **Sección 5** de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una “ determinación de cobertura ”.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
 - **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 contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece a continuación para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Vaya a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar la receta pueden pedirnos que hagamos:

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en la Lista de medicamentos del plan.

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, “**excepción al formulario**”.

2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones “**excepción al formulario**”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del de marca.
 - Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
 - Que se exija probar primero con otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
 - Límites de cantidades. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben 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 autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general **no** aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. 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 una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La **Sección 7.5** de este capítulo le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Paso 1: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D”. O bien, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque el apartado denominado *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos el costo de la atención médica o un medicamento que recibió*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- **Si desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 6 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 6, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte la **Sección 7.2** y la **Sección 7.3** de este capítulo.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS o en el formulario de nuestro plan, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- Tiene la opción de completar y enviar el Formulario de solicitud de determinación de cobertura por Internet. Para ello, ingrese en fallonhealth.org/navicare y haga clic en el enlace “Request for Medicare Part D prescription coverage determination” (Solicitud de determinación de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare). Complete todos los campos obligatorios y luego haga clic en “Submit” (Enviar).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Términos legales
Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una “ determinación acelerada de cobertura ”.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar” a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que tendremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si su pedido hace referencia a un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si la vía de plazos estándares pudiera **poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
 - En esta carta se le informará que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una reclamación sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar una reclamación “rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas después de recibida la reclamación. (El proceso para presentar una reclamación es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar reclamaciones, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Paso 2: Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6**, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6**, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**.
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura 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, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6**, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura para medicamentos de la Parte D se llama una “redeterminación” del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con nosotros.**
 - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax, correo o a través de nuestro sitio web, por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque el apartado denominado “*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*”.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También, puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “*Cómo puede ponerse en contacto con el plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*”.
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo puede ponerse en contacto con el plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Tiene la opción de completar y enviar la solicitud de apelación de la Parte D por Internet ingresando en fallonhealth.org/navicare y haciendo clic en el vínculo “Request for a Part D appeal” (Solicitud de apelación de la Parte D). Complete todos los campos obligatorios y luego haga clic en “Submit” (Enviar).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “redeterminación acelerada”.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la **Sección 7.4** de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos 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 lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que aún no recibió. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de siete días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los siete días calendario** después de recibida su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6**, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos límite para la apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos límite para la apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).

Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- 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. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca del proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le darán el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía en el hospital más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 8.1 Durante la estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante su estadía en el hospital cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado.

Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos los siguientes:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital y su derecho a saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
 - Firmar este aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También, puede ver el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si desea pedir que los servicios para pacientes internados en un hospital estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Compruebe si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se denomina una “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad **antes** de irse del hospital y **no más allá de la medianoche de la fecha del alta**. (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
 - Si usted cumple con este plazo, se lo autorizará a permanecer en el hospital **después** de la fecha del alta **sin que deba pagar por ello**, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
 - Si **no** cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar todos los costos** correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, pero desea apelar igualmente, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Pida una “revisión rápida”:

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Términos legales

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (medicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales

La explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si la organización de revisión acepta la apelación, **debemos seguir brindándole servicios para pacientes internados en un hospital cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión rechaza su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios para pacientes internados en un hospital finalizará al mediodía del día posterior** a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si la Organización para la mejora de la calidad ha desestimado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista de alta, puede presentar una apelación del Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la estadía hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario luego de recibir su solicitud de una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados en un hospital durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la **Sección 8.2**, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que suceda primero). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales

A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica”.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital **después** de su fecha prevista del alta, entonces es **posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Al hacer esto, significa que usted va **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una reclamación. El proceso de reclamación es diferente del proceso de apelaciones. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una reclamación).

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nuestro plan debe seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
 - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el Nivel 3 de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca del proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1	Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)
--------------------	--

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Esta sección hace referencia solo a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar su atención**.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
 - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales

Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una “**apelación de vía rápida**”. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La **Sección 9.3**, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**Términos legales**

El aviso por escrito se denomina “**Aviso de la no cobertura de Medicare**”.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- La firma del aviso **solo** indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una reclamación. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una reclamación).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación de vía rápida” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia del Aviso de la no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, pero quiere presentar una apelación igualmente, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación por escrito se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo**

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación, y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó 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.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días luego de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.*¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?*

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca del proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la **Sección 9.3**, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “apelación acelerada”.

Paso 1: Contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica”.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que termina su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Al hacer esto, significa que usted va **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una reclamación. El proceso de reclamación es diferente del proceso de apelaciones. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una reclamación).

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca del proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o abogado mediador.
- 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 la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo 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 no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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 la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no;** nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o del servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza 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 no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que MassHealth (Medicaid) suele cubrir. En la carta que le envía la oficina de audiencias imparciales, se le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Niveles 3, 4, y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido 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. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **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 resolución.
- **Si la apelación se rechaza, 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 no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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 la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **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 resolución.
- **Si la apelación se rechaza, 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 no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**



Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección no es la indicada. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamación?**

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar una reclamación. El proceso de reclamaciones se aplica solo a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamaciones.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar una reclamación”

Reclamación	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en el Servicio para los inscritos? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por el Servicio para los inscritos u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Reclamación	Ejemplo
<p>Oportunidad (Estos tipos de reclamaciones se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de reclamaciones.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una reclamación por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una reclamación.• Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una reclamación.• Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una reclamación.• Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una reclamación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una reclamación” es “interponer una queja”

Términos legales

- En esta sección, una “**reclamación**” también se denomina “**queja**”.
- Otro término para “**presentar una reclamación**” es “**interponer una queja**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para reclamaciones**” es “**usar el proceso para presentar una queja**”.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una reclamación

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar al Servicio para los inscritos.** Si hay algo que necesite hacer, el Servicio para los inscritos se lo indicará. El número de teléfono del Servicio para los inscritos es 1-877-700-6996 (TRS 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamación por escrito y enviárnosla.** Si presentó su reclamación por escrito, le responderemos por escrito.
- Si desea utilizar el procedimiento de reclamo, usted puede presentar su queja de manera oral o escrita. Envíe su queja por escrito a Fallon Health Member Appeals and Grievances, 10 Chestnut St., Worcester, MA 01608. Para quejas orales, llame a Fallon Health al 1-800-325-5669 (TRS 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana) y solicite que se presente una queja en su nombre. Las solicitudes de quejas “aceleradas” (“rápidas”) se pueden realizar y procesar durante las 24 horas, los siete días de la semana, si deja un mensaje de voz en este número. También puede enviar su solicitud de queja por fax al 1-508-755-7393. Si no aceptamos su solicitud de una determinación o redeterminación acelerada, puede presentar una queja acelerada (“rápida”). Si no aceptamos su solicitud de queja acelerada (“rápida”), le responderemos en un plazo de 24 horas. La queja debe presentarse dentro de los 60 días siguientes al evento o incidente. Debemos atender su queja con la rapidez que requiera su caso sobre la base de su estado de salud, pero sin que transcurran más de

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

30 días desde la recepción de su reclamación. Podemos ampliar el plazo en hasta 14 días si solicita una ampliación, o si se justifica la necesidad de información adicional y el retraso le conviene.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos de inmediato.** Puede presentar la reclamación en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejarse.
- **Si presenta una reclamación porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una reclamación “rápida”.** Si se le ha concedido una reclamación “rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales

En esta sección, una “**reclamación rápida**” también se denomina “**queja acelerada**”.

Paso 2: Analizaremos su reclamación y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una reclamación, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las reclamaciones 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 demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su reclamación. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la reclamación o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la reclamación o no.

Sección 11.4 También puede presentar reclamaciones sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar una reclamación sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su reclamación es sobre la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- **Puede presentar su reclamación a la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamación sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (**sin** presentarnos la reclamación).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una reclamación a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su reclamación.
- **O puede presentar su reclamación ante ambos sitios al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su reclamación sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 11.5	También puede informarle a Medicare y MassHealth (Medicaid) acerca de su reclamación
---------------------	---

Puede presentar una reclamación sobre NaviCare HMO SNP directamente ante Medicare. Para presentar una reclamación ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamaciones de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

También, puede llamar a *My Ombudsman* al 1-855-781-9898.

CAPÍTULO 9

*Cancelación de su
membresía en el plan*

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	238
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan	238
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	238
Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y MassHealth (Medicaid)	239
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual	240
Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	240
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	241
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?.....	242
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	243
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan...	243
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	244
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	244
SECCIÓN 5	NaviCare HMO SNP debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	245
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?.....	245
Sección 5.2	No podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud	246
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una reclamación si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	246

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan
--------------------	--

La cancelación de la membresía en NaviCare HMO SNP puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe cuándo puede usted cancelar su membresía en el plan. La Sección 2 le brinda información sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y MassHealth (Medicaid)
--------------------	---

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene MassHealth (Medicaid), es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente, una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas que tienen Medicare pueden realizar cambios durante el Período de inscripción anual desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D más adelante si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare).

Para obtener más información sobre las opciones del plan MassHealth (Medicaid), póngase en contacto con MassOptions (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el que debería revisar su cobertura de salud y para medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período de 63 o más días consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuál es el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage anual?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si, durante este período, opta por cambiarse a Original Medicare, también puede inscribirse en ese momento a un plan de medicamentos con receta separado de Medicare.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage u a la obtención de su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - En general, cuando se muda.
 - Si tiene MassHealth Standard (Medicaid).
 - Si es elegible para la “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - Si está inscrito en el Programa de atención con todo incluido para las personas de edad avanzada (PACE).
 - **Nota:** Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 encontrará más información sobre estos programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas que tienen MassHealth (Medicaid).

- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.

- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - O bien, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D más adelante si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas que tienen MassHealth (Medicaid) y Ayuda adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Servicio para los inscritos** (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*).
 - En otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez.

- También, puede descargar una copia de este documento del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan
--------------------	---

Generalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).
- *O bien*, puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">● Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">● Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su inscripción en NaviCare HMO SNP cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">● Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">● Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su inscripción en NaviCare HMO SNP cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.<ul style="list-style-type: none">○ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.○ Si cancela la inscripción en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 o más días consecutivos sin una cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).• Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará automáticamente su inscripción en NaviCare HMO SNP cuando comience la de Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con MassHealth al 1-800-841-2900, TTY 1-800-497-4648, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan su cobertura de MassHealth (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja NaviCare HMO SNP, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid) entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus

medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.

- **Por lo general, si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su cobertura médica nueva).

SECCIÓN 5 NaviCare HMO SNP debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

NaviCare HMO SNP debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para MassHealth Standard (Medicaid). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y MassHealth (Medicaid). Si pierde la elegibilidad para MassHealth Standard, NaviCare HMO SNP continuará su membresía durante el resto del mes en el que recibamos aviso de MassHealth (Medicaid) sobre su pérdida de elegibilidad, más un mes calendario adicional. Si recupera su cobertura de MassHealth Standard durante este período, no cancelaremos su membresía.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Servicio para los inscritos para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los inscritos).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o si no está legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, usted está excluido de la inscripción en nuestro plan si tiene acceso a otro seguro de salud, a excepción de Medicare, que cumpla con el nivel de beneficios básicos, como se define en la Sección 501.001 del Título 130 del CMR.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos

hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará la inscripción en el plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio para los inscritos** a fin de obtener más información (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	---

NaviCare HMO SNP no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los siete días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una reclamación si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 8 del Capítulo 11 para obtener información sobre cómo presentar una reclamación.

CAPÍTULO 10

Avisos legales

Capítulo 10. Avisos legales

Capítulo 10. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	249
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	249
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	249

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color de piel, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, 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 de Cuidado Asequible y 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 alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio para los inscritos (en la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono). Si usted tiene una reclamación o, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio para los inscritos puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, NaviCare HMO SNP, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 11

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar la inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: (1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud en el hogar: un auxiliar de atención de la salud en el hogar brinda servicios que no necesitan las habilidades del personal de enfermería o los terapeutas titulados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura para medicamentos con receta acreditable: la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Costo compartido: los montos que un miembro debe pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico, o (3) cualquier monto de “coseguro”, es decir, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Costo de suministro: es un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “Costo compartido” mencionada anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas (por ejemplo, usar gotas para los ojos). Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitados por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que no pagan copagos ni coseguros por sus medicamentos, después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$7,050 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Etapa de cobertura inicial: la etapa antes de que los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre para el año, alcancen el valor de \$4,430. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Farmacia de la red: es una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato 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.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: una persona inscrita con una expectativa de vida de seis meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio brindará el tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: una estadía en el hospital es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Indicación medicamento aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y respaldado por ciertos libros de referencia. Para

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

MassHealth (Medicaid) (o Asistencia médica): un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de afecciones médicas y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver

una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que es elegible 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).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, está por encima de cierto monto, pagará su prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también llamado IRMAA. El IRMAA es un costo adicional que se suma a la prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo de costos que paga de su bolsillo. (Nota: debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de MassHealth (Medicaid), muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de sus bolsillos). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo de costos que paga de su bolsillo. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Multa por inscripción tardía: un monto que se añade a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde su Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez se quedó sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 o más días consecutivos.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y del centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura mediante Original Medicare. Si, durante este período, opta por cambiarse a Original Medicare, también puede inscribirse en ese momento a un plan de medicamentos con receta separado de Medicare. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible durante un período de tres meses luego de que la persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un Plan de necesidades especiales institucional al que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del

estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF), si fuera necesario para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un Plan de necesidades especiales al que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF), (SNF/NF), centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) o centros psiquiátricos para pacientes internados. Para que un plan de necesidades especiales institucional brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de LTC, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare de costo, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención con todo incluido para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a los miembros del plan por un pago especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será normalmente superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE: un plan PACE (programa de atención con todo incluido para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible mientras obtienen los servicios de atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguro o a un plan de salud para una cobertura de atención médica o para medicamentos con receta. NOTA: Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: es un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Prótesis y ortóticas: son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los elementos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; prótesis para miembros; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o una función, incluidos los suministros para ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su cuidado y remitirlo 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. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y en algunos casos para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: tipo de reclamación que usted nos presenta a nosotros o a las farmacias, incluida una reclamación relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de reclamación no está relacionada con disputas de cobertura ni de pago.

Reclamación: el nombre formal para “presentar una reclamación” es “interponer una queja”. El proceso de reclamaciones se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también la sección “Queja” de esta lista de definiciones.

Servicio para los inscritos: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio para los inscritos, consulte el Capítulo 2.

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.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicio para los inscritos de NaviCare HMO SNP

Método	Servicio para los inscritos: información de contacto
LLAME AL	1-877-700-6996 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana). El Servicio para los inscritos también tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para aquellos que no hablen español.
TTY	TRS 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).
FAX	1-508-368-9013
ESCRIBA A	NaviCare Enrolee Services Fallon Health 10 Chestnut St. Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas (SHINE) (SHIP de Massachusetts)

El Servicio para las necesidades de seguros de salud de todas las personas es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	1-877-610-0241 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	SHINE Program Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place Boston, MA 02108
SITIO WEB	http://www.mass.gov/health-insurance-counseling

Divulgaciones y declaraciones de la Ley de Reducción de Papel (PRA) De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.