Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025

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 documento proporciona detalles acerca de la atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluidos los medicamentos de venta libre, la atención a largo plazo o 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 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el 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 llamada es gratuita.

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

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados de los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Fallon Health es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa 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).
Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de su plan. (Nota: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos).
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una reclamación si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda adicional.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H8928_250080SP_C Approved 09202024
24-670-014SP Rev. 00 07/24

OMB Approval 0938-1051 (Expires: 31 De agosto de 2026)

Evidencia de Cobertura de 2025

Índice

CAPÍTULO 1: *primeros pasos como miembro*..... 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....8
SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá 10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para NaviCare HMO SNP (los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos) 12
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual (los miembros de NaviCare no tienen una prima del plan aparte de las primas de Medicare).....15
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su registro de miembro del plan.....15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 16

CAPÍTULO 2: *números de teléfono y recuros importantes*..... 18

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) 19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....25
SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare).....27
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....28
SECCIÓN 5 Seguro Social 29
SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid).....30
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 32
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.....33
SECCIÓN 9 Puede recibir asistencia de las Agencias para personas de edad avanzada del área. 34

CAPÍTULO 3: *cómo utlilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*..... 38

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan.....39
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios 41

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 47
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? (los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos) 51
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 51
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 53
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos 54

CAPÍTULO 4: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)* 57

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos 58
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto 58
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 117

CAPÍTULO 5: *cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta y los medicamentos de venta libre (OTC) de la Parte D* 124

SECCIÓN 1 Introducción 125
SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 126
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 130
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 132
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 134
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 136
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 139
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta 140
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 140
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 142
SECCIÓN 11 Le enviamos informes donde se explican los pagos de sus medicamentos realizados en su nombre 144

CAPÍTULO 6: *cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos (Nota: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos)* 147

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos 148

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió (los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos) 150

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 153

CAPÍTULO 7: *sus derechos y responsabilidades* 154

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 155

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 167

CAPÍTULO 8: *qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de Coberura, apelaciones, reclamaciones)* 169

SECCIÓN 1 Introducción 170

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 171

SECCIÓN 3 Comprensión de las reclamaciones y apelaciones a Medicare and Medicaid en nuestro plan 172

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones 172

SECCIÓN 5 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 173

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 176

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 188

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto 198

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 203

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 208

SECCIÓN 11 Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 211

CAPÍTULO 9: *cancelación de su membresía en el plan* 216

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan 217

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 217

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 221

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 222

SECCIÓN 5 NaviCare HMO SNP debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 223

CAPÍTULO 10: *avisos legales* **225**

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 226

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 226

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 226

SECCIÓN 4 Aviso sobre disposiciones sobre recuperación de patrimonio de MassHealth 227

CAPÍTULO 11: *definiciones de palabras importantes* **228**

CAPÍTULO 1:
primeros pasos como miembro

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 MassHealth (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).
- **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. La cobertura de MassHealth (Medicaid) varía según el tipo de plan de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con MassHealth (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. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original 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 para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia a través de MassHealth Standard (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), es posible que no pague 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 “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 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 Medicaid de Massachusetts para coordinar sus beneficios de MassHealth (Medicaid). Nos complace brindar su cobertura de atención médica de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluso su cobertura para medicamentos con receta, atención a largo plazo y servicios en el hogar y la comunidad.

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 documento sobre la *Evidencia de Cobertura?*

Este documento 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). Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una reclamación si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

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 documento sobre la *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o si simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio para los inscritos.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

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 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

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 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

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 cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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 requisitos son necesarios 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.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- 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 MassHealth (Medicaid). (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). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y MassHealth (Medicaid) y tener 65 años o más. Las personas que reúnan todos los demás requisitos, pero tengan MassHealth Standard (Medicaid) 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 CMR: elegibilidad para deducibles.
- No residir en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo.
- 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 el CMR 130 501.001.

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 MassHealth (Medicaid)?

MassHealth (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos 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 beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de MassHealth (Medicaid) (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de MassHealth (Medicaid) (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para NaviCare HMO SNP

NaviCare HMO SNP está disponible solo para personas que viven 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 MassHealth (Medicaid) de Massachusetts y preguntar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). En la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono de MassHealth (Medicaid).

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio para los inscritos para ver si contamos con algún plan en el área nueva. 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.

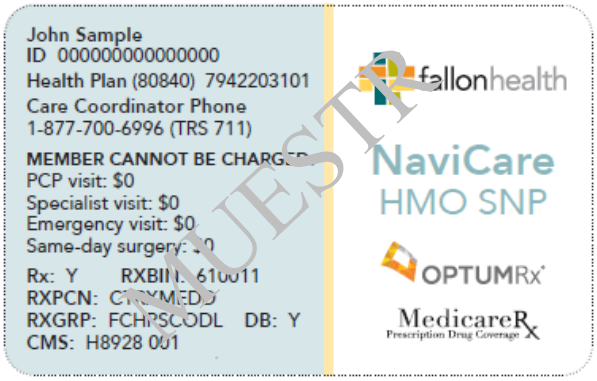
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal en los Estados Unidos

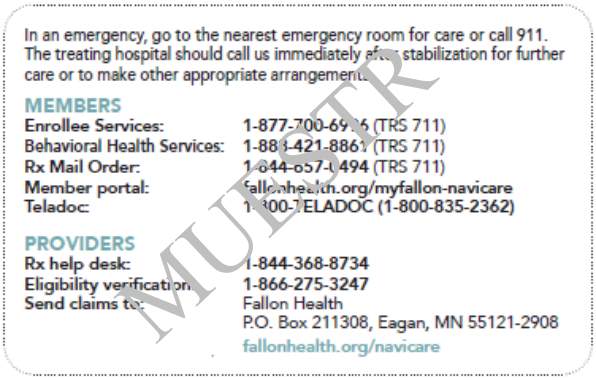
Los miembros de los planes de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o encontrarse en los Estados Unidos de forma legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a NaviCare HMO SNP si usted no es elegible para continuar siendo miembro de este modo. NaviCare HMO SNP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

SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro 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 aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

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.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores, los abastecedores de equipos médicos duraderos y las farmacias actuales de nuestra red, incluidos los proveedores participantes de MassHealth (Medicaid). Los pro**veedores de la red so**n los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, abastecedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y sus montos correspondientes al costo compartido del plan en su totalidad. NOTA: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Debe usar los proveedores de la red para obtener sus servicios y su atención médica. 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. Si acude a otro lugar sin la autorización adecuada, deberá pagar el costo en su totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no puede obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que NaviCare HMO SNP autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye las farmacias de nuestra 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. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiera utilizar. Para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no estén dentro de la red del plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede comunicarse con el Servicio para los inscritos para obtener una copia. 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. 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.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para NaviCare HMO SNP (los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

NOTA: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan NaviCare HMO SNP.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Si bien los miembros de NaviCare no tienen una prima por separado para su plan, algunos 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. Esto incluye su prima de la Parte B. (Recibe una reducción de $1.06 de la prima mensual de la Parte B. La reducción de la prima solo se aplica a las cantidades que usted paga por la prima de la Parte B de Medicare). También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Dado que usted tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica a su caso, siempre y cuando mantenga su estatus de doble elegibilidad. Si lo pierde, es posible que deba pagarla. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que no tiene cobertura para medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura acreditable. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo haya estado sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos si:

- Recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos de venta con receta.
- Han pasado menos de 63 días consecutivos sin que tenga cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos del Departamento de asuntos de veteranos (VA). Su aseguradora o el Departamento de recursos humanos le avisará cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en una gacetilla de noticias del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se espera que pague el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota:** las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamento con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura fehaciente para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.
  La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2025, el monto promedio de la prima es $36.78.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los diez centavos más cercanos. En este ejemplo sería el 14% por $36.78, que da $5.15. Se redondea a $5.20. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes a tomar en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedirnos una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Algunos miembros deben pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

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. El monto adicional será retenido del cheque de beneficios de su Seguro Social, Junta de jubilación para ferroviarios u Oficina de

Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo sobre pagar un monto adicional, puede solicitarle al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, póngase en contacto con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual (los miembros de NaviCare no tienen una prima del plan aparte de las primas de Medicare)

Sección 5.1 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la 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. Tenga en cuenta que, además de las primas de Medicare, los miembros de NaviCare HMO SNP no tienen otra prima del plan.

No obstante, a veces, puede reunir los requisitos para dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si corresponde. O bien, debe comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta elegible para el programa de “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- 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 días consecutivos o más.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su registro de miembro del plan

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 o pareja de hecho, un seguro de indemnización por accidentes laborales o MassHealth (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 que se encuentren 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 (**Nota:** no es obligatorio que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que esté previsto participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, llame al Servicio para los inscritos. También, puede actualizar su dirección y número de teléfono en línea ingresando en fallonhealth.org/navicare y haciendo clic en “MyFallon online tools” (Herramientas en línea de MyFallon) debajo de “Member resources” (Recursos para el 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.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

NOTA: como miembro de NaviCare, no puede estar inscrito en otro plan de seguro médico que no sea Medicare.

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. Esto se denomina **coordinación de beneficios.**

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. 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.

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 quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y farmacia.

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 o pareja de hecho 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.

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)

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 7 días de la semana) El Servicio para los inscritos también ofrece servicios gratuitos de interpretación en múltiples idiomas.
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 7 días de la semana)
FAX	1-508-368-9013
ESCRIBA A	Fallon Health NaviCare Enrollee Services 1 Mercantile Street, Suite 400 Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica o 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 con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o 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 solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sus 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	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. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana) Si se comunica fuera del horario habitual o los días feriados, deje un mensaje y un representante devolverá su llamada el siguiente día hábil.
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 7 días de la semana) Si se comunica fuera del horario habitual o los días feriados, deje un mensaje y un representante devolverá su llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-508-368-9700 para decisiones de cobertura comunes. 1-508-368-9133 para decisiones “rápidas” de cobertura.
ESCRIBA A	Fallon Health NaviCare Enrollee Services 1 Mercantile Street, Suite 400 Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

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 2975 Mission, KS 66201
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Método	Apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: 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 7 días de la semana) Si se comunica fuera del horario habitual o los días feriados, deje un mensaje y un representante devolverá su llamada el siguiente día hábil.
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) Si se comunica fuera del horario habitual o los días feriados, deje un mensaje y un representante devolverá su llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-508-755-7393
ESCRIBA A	Fallon Health Member Appeals and Grievances 1 Mercantile Street, Suite 400 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 y farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de la atención. Este tipo de reclamación no está relacionada con disputas de cobertura ni de pago. 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	1-877-700-6996 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 7 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 8:00 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 1 Mercantile Street, Suite 400 Worcester, MA 01608
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una reclamación sobre NaviCare HMO SNP directamente ante Medicare. Para presentar una reclamación en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió (los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos)

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que considera que nosotros deberíamos pagar, puede pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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 7 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	www.Medicare.gov 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 documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en Massachusetts. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **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 valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamación que tenga de NaviCare HMO SNP: • **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. 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 y revisarán la información con usted. (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 State Health Insurance Assistance Program (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 programa SHINE es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud a nivel local y de forma gratuita para las personas con Medicare.

Pueden ayudarlo a entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare y a comprender las opciones de su plan de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR (LOCALIZADOR DE SHIP) en el centro de la página)
- Seleccione **MASSACHUSETTS** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para Massachusetts.

Método	Programa SHINE (SHIP de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	MassRelay 711 o 1-800-439-0183 (voz) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. TTY/ASCII: 1-800-439-2370
ESCRIBA A	SHINE Program Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 3rd floor Boston, MA 02108
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

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 Acentra Health.

Acentra Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica contratados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.
Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con Acentra Health:

- 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 ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Acentra Health (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 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del 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 8:00 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 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 MassHealth (Medicaid)

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 "Medicare Savings Programs" 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 (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de MassHealth (Medicaid) (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de MassHealth (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 (Medicaid). Puede obtener información acerca de MassHealth (Medicaid) en las Agencias para personas de edad avanzada del 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. Además, debido a que usted está inscrito tanto en Medicare como en MassHealth (Medicaid), también puede comunicarse con Medicare (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información de contacto) si tiene alguna pregunta.

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	711
ESCRIBA A	Health Insurance Processing Center 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 1-800-243-4636 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	TRS 711
SITIO WEB	www.massoptions.org

El programa *My Ombudsman ay*uda a las personas inscritas en MassHealth (Medicaid) a resolver problemas de servicios o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan. *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 (Medicaid) y todos los planes de salud de MassHealth (Medicaid) 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.

Método	My Ombudsman: información de contacto
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 25 Kingston St., 4th floor Boston, MA 02111
SITIO WEB	www.myombudsman.org

El *Programa LTC Ombudsman* ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Método	A Bridge to Quality Care, the Massachusetts Long Term Care Ombudsman: información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	TRS 711
ESCRIBA A	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5th floor Boston, MA 02109
SITIO WEB	www.mass.gov/service-details/ombudsman-programs

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

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

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Debido a que usted es elegible para MassHealth Standard (Medicaid), reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para 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, durante las 24 horas, los siete días de la semana.
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la Oficina de MassHealth (Medicaid) de Massachusetts (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 tiene un proceso para que

pueda 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.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. 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.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un AIDS Drug Assistance Program (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 en el Formulario 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, 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 Massachusetts, 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 cambia de plan, notifíquele al trabajador de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-228-2714.

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 recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

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 Retiro Ferroviario (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 *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 Puede recibir asistencia de las Agencias para personas de edad avanzada del 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.

AgeSpan
Oficina principal: 280 Merrimack St., Suite 400, Lawrence, MA 01843
- Llame al: 1-800-892-0890. TTY: 1-800-924-4222.
- www.agespan.org

Aging Services of North Central Massachusetts
680 Mechanic St., Suite 120, Leominster, MA 01453
- Llame al: 1-800-734-7312. TTY: 711.
- www.agingservicesma.org

Boston Senior Home Care
Lincoln Plaza, 89 South St., Suite 501, Boston, MA 02111
- Llame al: 1-617-451-6400. TTY: 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. TTY: 711.
- www.bristolelder.org

Central Boston Elder Services, Inc.
2315 Washington St., Boston, MA 02119
- Llame al: 1-617-277-7416. TTY: 1-844-495-7400.
- www.centralboston.org

Coastline Elderly Services, Inc.
863 Belleville Ave., New Bedford, MA 02745
- Llame al: 1-866-274-1643. TDD: 1-508-994-4265.
- www.coastlinenb.org

Elder Services of Berkshire County, Inc.
Oficina principal: 877 South St., Suite 4E, Pittsfield, MA 01201
- Llame al: 1-800-544-5242. TTY: 1-413-344-4372.
- 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. TTY: 1-508-394-3712.
- www.escci.org

Elder Services of Worcester Area, Inc.
67 Millbrook St., Suite 100, Worcester, MA 01606
- Llame al: 1-800-243-5111. TTY: 711.
- www.eswa.org

Ethos
555 Amory St., Jamaica Plain, MA 02130
- Llame al: 1-617-522-6700. TDD: 1-617-524-2687.
- www.ethocare.org

Greater Lynn Senior Services, Inc.
8 Silsbee St., Lynn, MA 01901
- Llame al: 1-800-594-5164. TTY: 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. TTY: 1-413-733-1335.
- www.gsssi.org

Health and Social Services Consortium, Inc. (HESSCO)
545 South St., Suite 300, Walpole, MA 02081
- Llame al: 1-781-784-4944. TTY: 711.
- www.hessco.org

Highland Valley Elder Services, Inc.
320 Riverside Drive, Suite B, Florence, MA 01062
- Llame al: 1-413-586-2000 TTY: 711.
- www.highlandvalley.org

LifePath, Inc.
101 Munson St., Suite 201, Greenfield, MA 01301
- Llame al: 1-800-732-4636. TDD: 1-413-772-6566.
- www.lifepathma.org

Minuteman Senior Services
One Burlington Woods Drive, Suite 101, Burlington, MA 01803
- Llame al: 1-888-222-6171. TTY: 1-800-439-2370.
- www.minutemansenior.org

Mystic Valley Elder Services, Inc.
300 Commercial St., #19, Malden, MA 02148
- Llame al: 1-781-324-7705. TTY: 1-781-321-8880.
- www.mves.org

Old Colony Elder Services
144 Main St., Brockton, MA 02301
- Llame al: 1-508-584-1561. TTY: 1-508-587-0280.
- www.ocesma.org

SeniorCare Inc.
Oficina principal: 49 Blackburn Center, Gloucester, MA 01930
- Llame al: 1-866-927-1050. TTY: 1-978-282-1836.
- www.seniorcareinc.org

Somerville/Cambridge Elder Services, Inc.
61 Medford St., Somerville, MA 02143
- Llame al: 1-617-628-2601. TDD: 1-617-628-1705.
- www.eldercare.org

South Shore Elder Services, Inc.
350 Granite St., Suite 2303, Braintree, MA 02184
- Llame al: 1-781-848-3910. TDD: 1-781-356-1992.
- www.sselder.org

Springwell (anteriormente, BayPath Elder Services)
33 Boston Post Road West, Suite 500, Marlborough, MA 01752

- Llame al: 1-508-573-7200. TTY: 1-617-923-1562.
- www.springwell.com

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

- Llame al: 1-617-926-4100. TTY: 1-617-923-1562.
- www.springwell.com

Tri-Valley, Inc.
10 Mill St., Dudley, MA 01571

- Llame al: 1-800-286-6640. TDD: 1-508-949-6654.
- www.trivalleyinc.org

WestMass ElderCare, Inc.
4 Valley Mill Rd, Holyoke, MA 01040

- Llame al: 1-800-462-2301. TTY: 1-800-875-0287.
- www.wmeldercare.org

CAPÍTULO 3:

cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios 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, equipos, medicamentos con receta 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?

- 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 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 equipos de suministro y los medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se detallan en el Capítulo 5.

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 Standard (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*).

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 documento).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos 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). Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor la totalidad de los servicios brindados. *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 nuestro plan cubra, pero no hay especialistas de nuestra red que brinden esta atención, puede obtener dicha atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro 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 o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que paga el plan para diálisis nunca puede superar el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro

de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

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

¿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 ambulatorios
- Ingresos 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.

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 revalúa 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 para 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 documento) o en línea en fallonhealth.org/navicare (haga clic en “MyFallon online tools” (Herramientas en línea de MyFallon) debajo de “Member resources” (Recursos para el miembro)). 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 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 sin una remisión de su PCP?

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

- Atención de salud 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 los proporcione 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.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos por el plan, que requieren atención médica inmediata pero no son emergencias, que se brindan cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o cuando no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas al proveedor de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- 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.

- 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 preventiva brindada por un dentista de la red del plan. Para que los servicios de diagnóstico, endodoncia, servicios complementarios generales, servicios de restauración, servicios de prostodoncia (fija y extraíble), periodoncia, implantes y servicios relacionados, y cirugía bucal y maxilofacial (excepto la extracción o exposición de dientes impactados) estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) del plan. El proveedor dental de la red que lo trata debe enviar las solicitudes de autorización directamente al administrador de beneficios dentales del plan, DentaQuest, para su revisión.
- Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.
- Atención de salud conductual para pacientes ambulatorios. Para que la terapia de estimulación magnética transcraneal (TMS), la terapia electroconvulsiva (ECT) y la terapia intensiva para pacientes ambulatorios (IOP) estén cubiertas, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- Servicios de tratamiento con opioides.
- Servicios relativos al trastorno por consumo de sustancias, destinados a pacientes ambulatorios.
- Observación en el hospital para pacientes ambulatorios.
- Fisioterapia para pacientes ambulatorios con un proveedor del plan hasta la consulta 60. Para que la fisioterapia para pacientes ambulatorios 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 ambulatorios con un proveedor del plan hasta la consulta 60. Para que la terapia ocupacional para pacientes ambulatorios 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 ambulatorios con un proveedor del plan hasta la consulta 35. Para que la terapia del habla para pacientes ambulatorios 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.
- Programa adicional para dejar de fumar y consumir productos de tabaco de Fallon Health.
- 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.

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.**

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

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

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa). La autorización puede obtenerse del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntar al plan antes de que se proporcione un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se haga por escrito. Este proceso se llama determinación avanzada. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, usted o su proveedor tienen 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.

Si no tiene una determinación avanzada, también puede obtener una autorización de un proveedor de la red que remita a un inscrito a un especialista fuera de la red del plan para recibir un servicio, siempre y cuando el servicio no quede explícitamente excluido de la cobertura del plan tal como se analiza en el Capítulo 4.

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. Si su médico o especialista deja de participar en su 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.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si consultó a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si tiene asignado ese proveedor, si actualmente recibe atención de este o si lo atendió en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si en este momento está realizando una terapia o tratamiento médico con el proveedor actual, tiene derecho a realizar una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que continúe la terapia o el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Para que los servicios fuera de la red que se deban cubrir, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.
- 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 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 reclamación de calidad de la atención ante la Organización

para la mejora de la calidad (QIO), una queja de calidad de la atención ante el plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 8.

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.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los tratamientos programados con anticipación (incluida la diálisis para una afección continua), la atención/consultas de rutina o los procedimientos optativos no están cubiertos.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener servicios cuando tiene una emergencia o 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, pierda un miembro o la función de un miembro, o pierda o se vea afectada una función del cuerpo. 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. No es necesario que use un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar del mundo y de cualquier proveedor con licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **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 (los números de teléfono están impresos en la portada posterior del documento) para informarnos sobre su emergencia.

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

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Si bien Medicare no brinda cobertura para la atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, nuestro plan cubre estos servicios en todo el mundo.

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. Sus médicos seguirán brindándole servicios hasta que se comuniquen con nosotros y hagamos planes para la atención adicional. 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 3.3 más abajo).

Sección 3.2 Qué debe hacer si tiene una emergencia de salud conductual

En caso de una emergencia de salud conductual, debe acudir a la sala de emergencias más cercana. Un equipo de crisis lo evaluará y lo ayudará a encontrar un centro adecuado para recibir atención. No se requiere autorización previa para este tipo de emergencia dentro de los EE. UU. y sus territorios. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

También puede comunicarse con un Centro de salud conductual comunitario (CBHC) al 1-877-382-1609. Escuche el mensaje e ingrese su código postal. Su llamada se transferirá automáticamente al CBHC más cercano. Los CBHC también incluyen los siguientes servicios:

1. Intervención móvil en caso de crisis para adultos (AMCI): proporciona respuestas móviles para la evaluación, intervención, estabilización y seguimiento de crisis de salud conductual basadas en la comunidad para adultos durante hasta tres días. Los servicios de AMCI están disponibles durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los servicios son brindados por profesionales capacitados que pueden viajar hasta donde se encuentre o trabajar con usted en un CBHC. En lugar de ir a la sala de emergencias, los servicios de AMCI permiten que cualquier persona que esté atravesando una crisis acuda a un CBHC o llame a un equipo para que vaya hasta donde se encuentre y pueda acceder a atención de salud conductual inmediata. Los servicios también se pueden brindar mediante telesalud cuando lo solicite el miembro o lo indique la Línea de ayuda de salud conductual de Massachusetts que está disponible las 24 horas, los siete días de la semana (1-833-773-2445) y sea clínicamente apropiado.
2. Estabilización de crisis comunitaria (CCS): ofrece una alternativa menos restrictiva a la hospitalización para personas que necesitan atención de crisis nocturna a corto plazo. Los servicios incluyen tratamiento, intervención y estabilización en caso de crisis, y planificación para la prevención de crisis futuras. Estos servicios están disponibles durante las 24 horas, los siete días de la semana.

Puede encontrar un CBHC cerca de usted en https://www.mass.gov/doc/list-of-cbhcs/download.

Sección 3.3 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este

servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas al proveedor de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

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*.

Si bien Medicare no brinda cobertura para los servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los tratamientos programados con anticipación (incluida la diálisis para una afección continua), la atención/consultas de rutina o los procedimientos optativos no están cubiertos.

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.

Sección 3.4 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.

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.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? (los miembros de NaviCare no tienen costos por 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 médicamente necesarios, tal y como se detallan en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Estos costos no se contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, 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. Si nos comunica que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted es responsable solo del costo compartido dentro de la red por los servicios que se realizan en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionarnos la documentación para demostrarnos cuánto pagó. 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 nos informe ni 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. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable y que abarcan, como componente, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio. Se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios sobre exenciones de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos en Medicare Advantage por Original Medicare, le recomendamos que nos avise con anticipación cuando elija participar en los ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

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, Original Medicare cubre productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

- 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.

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.

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 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.
- Los artículos y servicios que habitualmente proporcionan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier persona inscrita en el ensayo.

¿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 línea 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.

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 centro 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. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios 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 médicos **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.
    - Y 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.

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, tendrá posesión de DME alquilados después de diez meses consecutivos siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el producto de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, no le transferiremos la posesión del DME. Para obtener más información, llame al Servicio para los inscritos.

¿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. No se tienen en cuenta los pagos realizados mientras permanece inscrito en su plan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Usted poseerá el producto solo después de diez meses consecutivos como miembro de nuestro plan.

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del producto una vez que se inste en Original Medicare. Todos los pagos previos (a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, NaviCare HMO SNP cubrirá lo siguiente:

- 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 usted se retira de NaviCare HMO SNP o ya no tiene necesidad médica de los equipos de oxígeno, debe devolver los equipos de oxígeno.

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

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

CAPÍTULO 4:

tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que 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.

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. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. 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 (incluyendo la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *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.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor la totalidad de los servicios brindados.
- 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.

- 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 adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con itálica en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida por el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historia clínica y la recomendación del proveedor que le brinda tratamiento.

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 atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios en el hogar y la comunidad. NOTA: como miembro de NaviCare, no puede estar inscrito en otro plan de seguro médico que no sea Medicare.
- 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 2025* (Medicare y Usted 2025). Revíselo 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.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán 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 2 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 Standard (Medicaid), pero no pagaremos las primas de Medicare ni los costos de los que el estado sería responsable si no hubiese perdido su elegibilidad de MassHealth Standard (Medicaid).

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

Información importante sobre los beneficios para las personas inscritas con afecciones crónicas

- Si un proveedor del plan le diagnostica las siguientes afecciones crónicas que se indican más abajo y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos. El diagnóstico debe estar registrado en Fallon Health antes de recibir los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.
    - Dependencia crónica al alcohol y a otras drogas
    - Trastornos autoinmunitarios
    - Cáncer
    - Trastornos cardiovasculares
    - Insuficiencia cardíaca crónica
    - Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes
    - Trastornos pulmonares crónicos
    - Demencia
    - Diabetes
    - Enfermedad hepática terminal
    - Enfermedad renal terminal
    - Trastornos hematológicos graves
    - VIH/SIDA
    - Trastornos neurológicos
    - Accidente cerebrovascular

La elegibilidad relacionada con los Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) se determina según el criterio del plan. Los beneficios se encuentran disponibles para los miembros que se identifican a través de la recepción de la documentación del proveedor (p. ej., un reclamo presentado por un proveedor) que incluye una afección crónica que califica, que tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud, y cuya atención está siendo coordinada por un navegador de NaviCare o un proveedor de la red. Una vez que se valide que se cumplieron los criterios de elegibilidad, Fallon Health le notificará sobre su inscripción en estos beneficios. Estos beneficios no son retroactivos.

- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Póngase en contacto con nosotros para saber exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura *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.* Medicare solo cubre acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar (consulte el cuadro a continuación). Los servicios cubiertos de MassHealth (Medicaid) incluyen los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, consulte el apartado sobre el trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios en esta tabla. 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.	Usted paga $0 por los servicios de acupuntura y servicios complementarios de acupuntura cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: los beneficiarios de Medicare tienen cubiertas hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: a los efectos de este beneficio, el dolor crónico en la zona lumbar se define como: • De 12 o más semanas de duración.	Usted paga un copago de $0 por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para tratar el dolor crónico en la zona lumbar.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• No 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. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe cancelarse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: 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. 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: • 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. 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).	
Atención médica diurna para adultos *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.*	Usted paga $0 por los servicios de salud diurnos para adultos cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
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.	
Cuidado para adultos *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.* Los servicios incluyen asistencia con actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, alimentarse, realizar las compras, lavar la ropa y preparar 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 aprobado por MassHealth (Medicaid) 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.	Usted paga $0 por los servicios de cuidado para adultos cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Servicios de ambulancia *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.* 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). La cobertura se aplica en todo el mundo. Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con	Usted paga $0 por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo 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. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	
Examen físico anual 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 anormalidades o señales que puedan indicar un proceso de enfermedad que deba tratarse.	Usted paga $0 por el examen físico anual complementario cubierto.
Consulta anual de bienestar 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. **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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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.
Servicios de rehabilitación cardíaca 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de rehabilitación cardíaca o servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid).
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de tratamiento conductual preventivo intensivo para enfermedades cardiovasculares.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares 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). MassHealth (Medicaid) cubre análisis de sangre adicionales cuando sean médicamente necesarios.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada cinco años. Usted paga $0 por los análisis de sangre adicionales cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• 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. MassHealth (Medicaid) cubre pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos adicionales cuando sean médicamente necesarios.	cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid).
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Manipulación de la columna para corregir una subluxación • MassHealth (Medicaid) cubre el tratamiento de manipulación quiropráctica y los servicios radiológicos.	Usted paga $0 por cada visita al consultorio cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid) para obtener servicios quiroprácticos.
Servicios de tareas domésticas *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.* 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.	Usted paga $0 por los servicios de tareas domésticas cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Prueba de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (diez años) para pacientes que no corren alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no corren alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes que corren alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la evaluación de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, incluidos los enemas de bario. Si su médico encuentra un pólipo u otro tejido y lo extirpa durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no corren alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes que corren alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes que corren alto riesgo, 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no corren alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	convierte en un examen de diagnóstico. No se requiere copago, deducible ni coseguro para el examen de diagnóstico cubierto.
Servicios en la comunidad (atención en el hogar) *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.* 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. Los servicios incluyen, entre otros: • Servicios de compañía	Usted paga $0 por los servicios en la comunidad cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• 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.	
Servicios continuos de enfermería *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.* 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.	Usted paga $0 por los servicios continuos de enfermería cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Habilitación diurna *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.*	Usted paga $0 por los servicios de habilitación diurnos cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
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.	
Atención diurna para la demencia *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.* 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.	Usted paga $0 por los servicios de atención diurna para la demencia cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Servicios dentales *Para que los servicios de diagnóstico, endodoncia, servicios complementarios generales, servicios de restauración, servicios de prostodoncia (fija y extraíble), periodoncia, implantes y servicios relacionados, y cirugía bucal y maxilofacial (excepto la extracción o exposición de dientes impactados) estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) del plan. El proveedor dental de la red que lo trata debe enviar las solicitudes de autorización directamente al administrador de beneficios dentales del plan, DentaQuest, para su revisión*. **A continuación, se enumeran las limitaciones a los servicios cubiertos.** En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, en especial cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas como preparación para el tratamiento de radiación	Usted paga $0 por los servicios dentales complementarios, cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare. Los servicios deben ser brindados por un proveedor de DentaQuest. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio para los inscritos.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.

contra el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales antes de un trasplante de riñón.
 	
Además, NaviCare HMO SNP cubre estos servicios dentales en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid):
• Servicios preventivos/de diagnóstico:
  o Evaluaciones bucales integrales (paciente nuevo o consulta periodontal completa)
  o Evaluaciones bucales periódicas (consulta de rutina o centrada en el problema)
  o Limpiezas dentales regulares
• Servicios de restauración:
  o Empastes de compuestos a base de resina y amalgama
• Cirugía bucal y maxilofacial:
  o Extracciones (extracción de dientes)
  o Biopsia y cirugía de tejido blando
  o Alveoplastia
  o Injerto óseo
• Servicios generales complementarios:
  o Sedación y anestesia
  o Limpieza y control de dentaduras postizas extraíbles: parciales y completas
• 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.
• 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.
 	
Los servicios complementarios adicionales cubiertos por NaviCare incluyen los siguientes:
• Servicios de diagnóstico.	

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
○ Limpiezas (profilaxis) ○ Radiografías con aleta de mordida • Terapia de endodoncia: ○ Tratamiento de conducto, tratamientos de conducto anterior, premolar, molar, regeneración pulpar y apicectomía • Servicios de restauración: ○ Coronas, muñones, incrustaciones inlay, onlay y pernos, espigas de refuerzo y reparación de coronas • Servicios de prostodoncia (fija): ○ Póntico: porcelana o resina, y coronas, incrustaciones inlay, onlay, coronas y retenedores, recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija • Servicios de prostodoncia (extraíble): ○ Dentaduras postizas completas, inmediatas, sobredentaduras y dentaduras postizas parciales (superiores e inferiores) ○ Revestimientos y ajustes de dentaduras postizas completas ○ Reparación, reemplazo de dientes, rebasado, revestimiento blando, acondicionamiento de tejidos, subestructura de metal • Periodoncia: ○ Gingivectomía/gingivoplastia ○ Raspado y alisado radicular ○ Mantenimiento periodontal • Servicios de implantes: ○ Colocación de implantes, pilares, corona con implante de soporte, retenedor, dentadura postiza extraíble o fija **Estos servicios a continuación están cubiertos sin autorización previa:** • Radiografías y evaluaciones bucales integrales y periódicas • Limpiezas dentales regulares y flúor • Empastes de restauración • Dentaduras postizas completas y revestimientos (después de seis meses de la colocación inicial)	

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• Dentaduras postizas parciales y revestimientos (después de seis meses de la colocación inicial) • Servicios periodontales no quirúrgicos (limpiezas y mantenimiento) • Extracciones no quirúrgicas • Atención de emergencia **Se aplican las siguientes limitaciones de frecuencia**. *Esta lista no es una garantía de cobertura*. • Los exámenes bucales preventivos, las limpiezas y el tratamiento con flúor se cubren dos veces por año calendario. • La evaluación bucal integral, o examen para paciente nuevo, tiene cobertura una vez cada 36 meses. • Se cubren dos evaluaciones bucales periódicas por año calendario. • Se cubre una radiografía con aleta de mordida por año calendario. • Las imágenes radiográficas de mordida vertical, panorámicas y tomosíntesis intraoral tienen un límite de frecuencia compartido de una cada tres años calendario. • Se cubren ocho imágenes radiográficas periapicales intraorales por año calendario. • La captura e interpretación de tomografías computarizadas de haz cónico y la captura de imágenes radiográficas panorámicas están cubiertas una vez cada 36 meses. • Los servicios de restauración con compuesto a base de resina y amalgama están cubiertos una vez por diente por superficie cada 36 meses. • Se cubre un servicio de endodoncia por diente de por vida. • La gingivectomía/gingivoplastia está cubierta una vez por cuadrante cada 36 meses. • El alisado radicular y la eliminación de sarro periodontal se cubren una vez cada 24 meses. • Las dentaduras postizas completas, inmediatas y parciales están cubiertas una vez cada 60 meses. • Los ajustes de dentaduras postizas, el recementado o la readhesión de dentaduras postizas parciales fijas están cubiertos una vez cada 60 meses.	

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• Se cubren tres reparaciones o reemplazos de dientes de dentaduras postizas cada 60 meses. • Reparación de dentaduras postizas: reemplazo de todos los dientes, rebasado, reforrado, revestimiento blando y subestructura de metal tienen cobertura una vez cada 12 meses. • Las coronas y los puentes se cubren una vez por diente/sitio cada 60 meses. • Los implantes y los servicios relacionados están cubiertos por un máximo de cuatro implantes por año calendario. • Los implantes están cubiertos una vez por diente/sitio cada 60 meses. Se aplican limitaciones de beneficios para los servicios dentales. Se pueden aplicar otras limitaciones. Un consultor dental autorizado determinará los servicios que requieren revisión de la necesidad médica.	

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Prueba de detección de depresión 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes 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. Puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes *Para la cobertura de más de cinco tiras reactivas por día, suministros y glucómetros de marca no preferidos, aquellos con características adaptativas y cualquier glucómetro continuo y suministro (preferidos y no preferidos), su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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. ○ Nuestros glucómetros y tiras reactivas preferidos son OneTouch® (hasta cinco tiras reactivas por día) fabricados por LifeScan.	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).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Puede obtener un glucómetro OneTouch® en las farmacias de la red, llamando a LifeScan al 1-877-356-8480 (TTY: 711) (el número de código de la orden es 160FCH002), o visitando el sitio web de LifeScan, www.onetouch.orderpoints.com e ingresando el código 160FCH002. ○ Nuestros monitores continuos de glucosa en sangre preferidos son los monitores y suministros Freestyle Libre. Los miembros pueden obtener Freestyle Libre en farmacias de la red. Los productos que no sean FreeStyle Libre solo estarán cubiertos si se documenta una falla de FreeStyle Libre u otra razón por la que no se puedan utilizar con fines médicos. ○ Los miembros que tienen una necesidad demostrada, como problemas visuales graves o problemas de destreza manual, pueden necesitar un glucómetro 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. • 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. **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 ambulatorios.	

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados *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.* (Consulte el Capítulo 11 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento para ver una definición de equipo médico duradero). 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. MassHealth (Medicaid) cubre ciertos suministros y equipos adicionales. Los suministros cubiertos por MassHealth (Medicaid) son, entre otros: • 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 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 glucómetros), puede solicitarle que realice un pedido especial para usted La lista de proveedores y abastecedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en fallonhealth.org/navicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medidores de glucosa, consulte la sección "Capacitación para el autocontrol de la diabetes, tratamiento para la diabetes y suministros" anterior.	Usted paga $0 por el equipo médico duradero y por los suministros relacionados que estén cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare. Usted paga $0 por el equipo de oxígeno de Medicare. Usted paga de $0 a $900 por una silla reclinable con elevación de asiento de por vida. Usted pagará todos los cargos que excedan los $900 del límite de cobertura del plan. 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 centros que no se consideran residencia incluyen, entre otros, los centros de atención de enfermería especializada (SNF) o una parte específica de un SNF.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]).* NaviCare HMO SNP cubre una silla con elevación de asiento de por vida por un valor de hasta $900. Usted pagará todos los cargos que excedan los $900 del límite de cobertura del plan.	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Y son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. 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. 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. Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los tratamientos programados con anticipación (incluida la diálisis para una afección continua), la atención/consultas de rutina o los procedimientos optativos no están cubiertos.	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). 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.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Coordinación de servicios de apoyo geriátrico Evaluación en el hogar y coordinación de servicios en el hogar a cargo del personal de Aging Service Access Points (ASAP	Usted paga $0 por los servicios de coordinación de servicios de apoyo geriátrico cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Cuidado para adultos grupal *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.* El cuidado para adultos grupal (GAFC) incluye servicios de atención personal hasta 2 horas por día para miembros elegibles con discapacidades que vivan en una vivienda aprobada por 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.	Usted paga $0 por los servicios de cuidado para adultos grupal cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Programas educativos sobre salud y bienestar **Membresía para clases de acondicionamiento físico/gimnasios** • Cobertura de hasta $400 para un monitor nuevo de acondicionamiento físico, un equipo nuevo de acondicionamiento físico cardiovascular o una membresía en un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificados o clases cubiertas de acondicionamiento físico. **Beneficio nutricional** • 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. **Educación sobre salud** • Es una comunicación que contiene información que lo ayudará a mantenerse saludable. • 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. 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 documento.	Usted paga $0 por lo siguiente: • Hasta $400 para un monitor nuevo de acondicionamiento físico, un equipo nuevo de acondicionamiento físico cardiovascular o una membresía en un gimnasio o centro de acondicionamiento físico calificados. • Beneficio nutricional • Boletín informativo • Clases de educación para la salud y el bienestar • Programas de administración de enfermedades y de administración de casos. • Programa de medicamentos de infusión.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Servicios auditivos *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.* Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio cubiertas realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. NaviCare HMO SNP cubre los siguientes servicios auditivos de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid). • 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.	Usted paga $0 por cada servicio auditivo cubierto por MassHealth (Medicaid) y Medicare.
Prueba de detección de VIH 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: • Una prueba de detección cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio *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.* Antes de recibir los servicios de atención médica 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	Usted paga $0 por las consultas de atención médica a domicilio cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare según las regulaciones de MassHealth.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
no pueda salir de su casa, ya que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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 atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	
Terapia de infusión en el hogar 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). • Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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. Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos por la Parte D de Medicare.	Usted paga $0 por la terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee o controla, o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención en el hogar. <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 a su proveedor por sus servicios de hospicio relacionados 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. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. <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 y sigue las normas del plan (como si hay un requisito para obtener la autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener un servicio, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.	Usted paga $0. 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.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• 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). Para los servicios cubiertos por NaviCare HMO SNP, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: 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. Nota: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: si estos medicamentos no se relacionan con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?*). **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. 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.	

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Inmunizaciones *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.* Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales/contra la influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas antigripales/contra la influenza adicionales en caso 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. También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19. Usted paga $0 por las vacunas cubiertas.
Servicios de apoyo en el hogar Los servicios incluyen, entre otros, ayudar a los miembros con lo siguiente: tareas de ADL/IADL, como brindar asistencia técnica para acceder a la información de atención médica en una computadora, teléfono inteligente y programas en línea, citas con proveedores y recordatorios de evaluaciones de atención médica.	Usted paga $0 por hasta 60 horas de servicios por año calendario. Usted paga todos los costos por servicios después de 60 horas por año calendario.
Atención para pacientes internados en un hospital *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.*	Usted paga $0 por las internaciones cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
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. Medicare cubre hasta 90 días en un hospital de cuidados agudos en cada período de beneficios. Esto incluye servicios de salud conductual, 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". 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 para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados.	Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, usted paga la atención y puede elegir un lugar local, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si es miembro de NaviCare HMO SNP, paga $0.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• 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 y usted elige recibir el trasplante en este lugar, 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 ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado en un hospital o un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!* La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico *Para que los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.*	Usted paga $0 por servicios para pacientes internados cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid) en un hospital psiquiátrico.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud conductual que requieren una estadía en el hospital. Medicare cubre hasta 190 días de por vida para atención psiquiátrica 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 psiquiátricos para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. MassHealth (Medicaid) cubre la hospitalización como paciente internado en un hospital psiquiátrico más allá del límite de Medicare.	
Estadía para pacientes internados: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía para pacientes internados no cubierta *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.* 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 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. 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: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).	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).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• 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.	
Cuidado asistencial en instituciones *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.* 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 (Medicaid). Los servicios están cubiertos de acuerdo con las regulaciones del centro de atención de enfermería de MassHealth.	Usted paga $0 por los servicios de cuidado asistencial en instituciones cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Terapia médica nutricional 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
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. Es posible que MassHealth (Medicaid) cubra la terapia médica nutricional para los miembros que no cumplan con el criterio de Medicare. Los servicios adicionales cubiertos por NaviCare incluyen los siguientes: 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.	Medicare y MassHealth (Medicaid).
Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare. 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare *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.*	Usted paga $0 por los medicamentos con receta cubiertos de la Parte B. Usted paga $0 por las consultas en el consultorio de

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
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. Los medicamentos de la Parte B se pueden obtener como parte de un suministro de hasta 90 días. 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: • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada con un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (el nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico acerca de los exámenes y las pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de	un proveedor de atención primaria o especialista para que le administre los medicamentos con receta cubiertos de la Parte B.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • 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. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hará. • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que use como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso para las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ERT) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ERT de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ERT, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la	

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ERT) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). El siguiente enlace lo llevará una lista de medicamentos de la Parte B, que puede estar sujeta a un tratamiento escalonado: https://fallonhealth.org/en/find-insurance/navicare/covered-medications.aspx. También cubrimos algunas vacunas en virtud de Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. 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.	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el tratamiento preventivo y las pruebas de detección de obesidad.
Servicios de programa de tratamiento con opioides 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:	Usted paga $0 por cada consulta por servicios de tratamiento por trastorno por

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• 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	consumo de opioides cubierta por Medicare.
Atención de salud conductual para pacientes ambulatorios *Para que la terapia de estimulación magnética transcraneal (TMS), la terapia electroconvulsiva (ECT) y la terapia intensiva para pacientes ambulatorios (IOP) estén cubiertas, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud conductual prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional licenciado (LPC), terapeuta familiar y de matrimonio autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud conductual calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) incluyen lo siguiente: • Servicios recreativos, por ejemplo, los siguientes: – Observación – Servicios de apoyo en la comunidad. – Evaluación, intervención y estabilización en caso de crisis. – Tratamiento psiquiátrico diario. • Servicios de salud conductual de emergencia • Servicios de manejo de medicamentos. • Tratamiento diurno. • Programas residenciales.	Usted paga $0 por cada consulta para terapia individual o grupal con o sin un psiquiatra, cubierta por MassHealth (Medicaid) y Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios *Para que las CT, las PET, las 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, los análisis de laboratorio 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.* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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 ambulatorios, como la prueba del INR.	Usted paga $0 por pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid).
Observación en el hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios en el hospital para pacientes ambulatorios que se proporcionan para determinar si necesita ser internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 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 ambulatorios.	Usted paga $0 por los servicios de observación hospitalarios para pacientes ambulatorios, cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio 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 paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!* La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios *Para que los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud conductual, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento 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. **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 ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!* La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Usted paga $0 por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios *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.* *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.* *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.* Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). NaviCare HMO SNP cubre los servicios adicionales de rehabilitación para pacientes ambulatorios de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0 por cada consulta de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje cubierta por MassHealth (Medicaid) y Medicare.
Servicios relativos al trastorno por consumo de sustancias, destinados a pacientes ambulatorios Los servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare tienen cobertura cuando son brindados en una clínica o en un hospital para pacientes ambulatorios por un psiquiatra u otro médico, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería y el departamento de auxiliares médicos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Psicoterapia • Educación del miembro sobre diagnóstico y tratamiento MassHealth (Medicaid) cubre algunos servicios adicionales,	Usted paga $0 por las consultas para terapia individual o grupal cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare. Usted paga $0 por los servicios de acupuntura cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
como los siguientes: • Acupuntura. o La cobertura incluye tratamientos ilimitados con un acupunturista de la red. • Mantenimiento con metadona • Programa estructurado de adicciones para pacientes ambulatorios • Servicios de apoyo clínico • Servicios de rehabilitación residencial para adultos • Programa de Tratamiento Comunitario de Reafirmación Personal (PACT) • Servicios de apoyo en la comunidad. • Evaluación, intervención y estabilización en caso de crisis.	
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en instalaciones hospitalarias y centros quirúrgicos ambulatorios *Para que las cirugías para pacientes ambulatorios estén cubiertas, su médico u otro proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* NaviCare HMO SNP cubre servicios adicionales para pacientes externos de acuerdo con el beneficio de MassHealth (Medicaid). **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio 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 ambulatorio.	Usted paga $0 por cada cirugía para pacientes ambulatorios en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid).
Artículos de venta libre (tarjeta Save Now para comprar ciertos artículos de venta libre (OTC) y alimentos saludables aprobados por Medicare) Este beneficio está cubierto por el plan en virtud de los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).	Usted paga $0 por los productos de venta libre cubiertos por MassHealth (Medicaid).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Usted recibe una tarjeta Save Now de NaviCare con un crédito de $275 que se aplica al comienzo de cada trimestre calendario (cada tres meses) para comprar artículos OTC aprobados por NaviCare, como suministros para primeros auxilios, cepillos de dientes, pruebas de COVID-19 y medicamentos para el resfrío y las alergias, sin una receta. El crédito se carga el primer día de cada trimestre (en enero, abril, julio y octubre) y vence el último día de cada trimestre (31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre). • **Los miembros que no padezcan enfermedades crónicas** solo pueden utilizar la tarjeta Save Now para la compra de artículos OTC aprobados por NaviCare. **Los miembros con ciertas enfermedades crónicas** pueden usar una parte de la asignación trimestral para artículos OTC de la tarjeta Save Now para comprar productos alimenticios aprobados por NaviCare en comercios minoristas OTC de la red. Para obtener más información, consulte la sección *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* a continuación. Las enfermedades crónicas suelen ser afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. Un profesional médico autorizado, incluido su proveedor de atención primaria y proveedores similares, diagnostica la afección, y debe estar registrada en NaviCare antes de que pueda recibir estos beneficios. Los miembros con una afección crónica documentada que califique, que corran alto riesgo de hospitalización o tengan otros resultados de salud adversos, y cuya atención esté siendo coordinada por un navegador de NaviCare o un proveedor de la red pueden realizar compras con la tarjeta Save Now. No todos los miembros con una enfermedad elegible cumplen los requisitos. • Los productos o alimentos OTC aprobados por NaviCare solo se pueden comprar en comercios minoristas de la red. Para obtener una lista de los comercios minoristas dentro de la red en su área o si	Si utiliza la tarjeta Save Now, paga $0 por lo siguiente: • Productos de venta libre aprobados, hasta $275 por trimestre. Usted pagará todos los costos que excedan los $275 por trimestre. Los saldos no utilizados al final de cada trimestre calendario no se transferirán al trimestre siguiente.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
tiene preguntas sobre su tarjeta Save Now, visite fallonhealth.org/myfallon-navicare e inicie sesión en MyFallon. Luego, haga clic en Save Now en el menú My Resources (Mis recursos) o póngase en contacto con el Servicio para los inscritos. • Para obtener más información sobre los medicamentos OTC cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid), consulte la Lista de medicamentos de venta libre y adicionales cubiertos por MassHealth en fallonhealth.org/navicare. • No se requiere autorización previa para los alimentos o medicamentos OTC aprobados por NaviCare cubiertos que se compren en un comercio minorista de la red. • Debe usar la tarjeta como si fuera dinero en efectivo. Los fondos no utilizados o robados no se transfieren ni se reemplazan. • La tarjeta solo puede usarse para compras que califiquen indicadas por NaviCare, en cualquier lugar donde se acepten tarjetas de débito Mastercard. La tarjeta es emitida por Bancorp Bank, de conformidad con una licencia de Mastercard International. Comuníquese directamente con el Servicio para los inscritos para obtener una lista completa de las compras que califican. Mastercard es una marca comercial registrada de Mastercard International. Todas las demás marcas comerciales y marcas de servicio pertenecen a sus respectivos dueños. No hay acceso a dinero en efectivo ni cajeros automáticos. Se aplican términos y condiciones, comuníquese con el Servicio para los inscritos para obtener más detalles. • Usted debe pagar todos los artículos y servicios cubiertos con su tarjeta Save Now, pero puede pagar de su bolsillo y luego solicitar el reembolso de los mismos. Fallon Health debe recibir las solicitudes de reembolso de Save Now antes del 31 de marzo del año siguiente. Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos un reembolso, consulte el Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes.	

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Cuando usa su tarjeta Save Now, el costo de todos los artículos elegibles se deducirá automáticamente hasta el saldo restante en la tarjeta. Usted será responsable de los costos de todos los artículos que no sean elegibles o de los costos de los artículos elegibles que excedan el saldo restante en el momento de la compra. Para hacer un seguimiento del saldo de su tarjeta y encontrar fácilmente los comercios minoristas participantes, visite fallonhealth.org/myfallon-navicare e inicie sesión en MyFallon. Luego, haga clic en Save Now en el menú My Resources (Mis recursos).	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios *Para que los servicios de hospitalización parcial y los servicios intensivos para pacientes ambulatorios estén cubiertos, su médico u otro proveedor del plan debe obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan.* La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio de paciente ambulatorio en un hospital o en un centro de salud conductual comunitario, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta familiar y de matrimonio autorizado (LMFT) o consejero profesional licenciado y es una alternativa a la hospitalización del paciente. El *servicio intensivo para pacientes ambulatorios* es un programa estructurado de tratamiento activo de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud conductual comunitario, un centro de salud federal calificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de matrimonio autorizado (LMFT) o consejero profesional licenciado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Usted paga $0 por los servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Servicios de encargados de atención personal (PCA) *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.* 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, incluido el uso de la verificación electrónica de visitas (EVV) para verificar de manera electrónica la prestación de los servicios del PCA.	Usted paga $0 por los servicios de PCA cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Farmacia 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 y adicionales cubiertos por MassHealth NaviCare SCO y NaviCare HMO SNP.* MassHealth (Medicaid) y NaviCare HMO SNP requieren una receta para los medicamentos con receta y determinados medicamentos de venta libre.	Usted paga $0 por los servicios de farmacia cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico *Para que algunos servicios para pacientes ambulatorios 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.* *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.* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación.	Usted paga $0 por cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por MassHealth (Medicaid) y Medicare. Usted paga $0 por cada consulta con un médico especialista cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid). Usted paga $0 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por MassHealth (Medicaid).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.

• 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 conductual para pacientes ambulatorios, tratamiento con opioides y servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios.
  o 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.
  o 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.
• 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 conductual concurrente, independientemente de su ubicación.
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de los trastornos de salud conductual si se cumple lo siguiente:
	Usted paga $0 por los beneficios dentales cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.
	Usted paga $0 por el costo de cada consulta por telesalud cubierta por Medicare y MassHealth (Medicaid).
	Usted paga $0 por el costo de cada consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por MassHealth (Medicaid) y Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
○ Usted tiene una consulta presencial en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. ○ Usted tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones al respecto en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud conductual brindadas por clínicas de salud rurales y centros de salud federales calificados. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante cinco o diez minutos **en los siguientes casos:** ○ 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. • 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:** ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ 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, en línea 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). • Cirugía Reconstructiva	

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
○ 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.	
Servicios de podiatría *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.* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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).	Usted paga $0 por las consultas de podiatría cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare. Usted paga $0 por las consultas de podiatría de rutina cubiertas por MassHealth (Medicaid).
Reconciliación de medicamentos en el hogar después del alta 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.	Usted paga $0 por la reconciliación de medicamentos en el hogar después del alta cubierta.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis del PSA y tacto rectal anuales.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• Análisis del antígeno prostático específico (PSA).	
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados *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.* 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). Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación sobre el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, como así también, 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 y ortésicos, 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).	Usted paga $0 por los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar 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.	Usted paga $0 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por MassHealth (Medicaid) y Medicare.
Prevención de la readmisión 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	Usted paga $0 por la prevención de readmisión cubierta.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
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.	
Servicios de tecnología de acceso remoto (línea directa de enfermería) 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.	No se requiere copago para acceder a los servicios cubiertos de la línea directa de enfermería.
Servicios de tecnología de acceso remoto (tecnologías basadas en la web/el teléfono) 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, enfermeros practicantes y especialistas en enfermería clínica.	No hay copago para los servicios tecnológicos cubiertos basados en la web o en el teléfono.
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare que abusan del alcohol pero que no son dependientes. 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 estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de las pruebas de detección y el asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Pruebas de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) A las personas que reúnan los requisitos, se les cubrirá una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: las personas entre 50 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer pulmonar, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes/año y que actualmente fuman o que dejaron de fumar en los últimos 15 años, que tienen una	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.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
orden 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. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* el miembro debe 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.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS 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 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. 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 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.	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.
Servicios para tratar afecciones renales Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid) para tratar afecciones y enfermedades renales.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
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 ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente). • 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). 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**.	
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) *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.* (En el Capítulo 11 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada, Que suele denominarse SNF por sus siglas en inglés).	Usted paga $0 por las internaciones en un centro de atención de enfermería especializada cubiertas por MassHealth (Medicaid) y Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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. 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 recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • 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 o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de los programas para dejar de fumar

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.

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.
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: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un plazo de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.
Los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) incluyen lo siguiente:
• Asesoramiento individual y de grupo para dejar de usar tabaco.
• Tratamiento farmacoterapéutico
  o parches de nicotina
  o goma de mascar
  o comprimidos para chupar
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.
	y de consumir tabaco cubierto por Medicare.
	Usted paga $0 por los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid).
	Usted paga $0 por las clases complementarias adicionales para dejar de fumar, Quit to Win, de Fallon Health.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos Los miembros con afecciones crónicas que cumplan determinados criterios pueden ser elegibles para beneficios complementarios para enfermos crónicos. Las enfermedades crónicas suelen ser afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección es diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluido su médico de atención primaria, personal de enfermería especializado y proveedores similares. Los miembros que cumplan los requisitos tendrán acceso a $100 de los fondos OTC por trimestre calendario a través de su tarjeta Save Now para comprar alimentos y productos saludables en los comercios minoristas de la red. Las afecciones crónicas incluyen las siguientes: trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, dependencia crónica al alcohol y otras drogas, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos crónicos e incapacitantes de la salud conductual, trastornos pulmonares crónicos, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal, trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular. Esta no es una lista completa de las afecciones crónicas elegibles. No todos los miembros con una enfermedad elegible cumplen los requisitos. También se aplican otros criterios de elegibilidad y cobertura.	Con la tarjeta Save Now, los miembros elegibles pagarán $0 y recibirán lo siguiente: • Una asignación de hasta $100 por trimestre calendario de los fondos OTC de Save Now para comprar alimentos y productos agrícolas aprobados por Fallon Health en comercios minoristas de la red. • Usted pagará todos los costos que excedan los $100 por trimestre calendario. Los saldos no utilizados al final de cada trimestre calendario no se transferirán al trimestre siguiente.
Terapia de ejercicios supervisada (SET) El SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, y constar de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico.	No se requiere copago para el tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
• Proporcionarse por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en tratamiento de ejercicios para 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. 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.	
Transporte (médico que no sea de urgencia) *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.* 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. Taxi necesario y transporte en automóvil para el traslado de silla de ruedas por motivos médicos, dentro de la Mancomunidad de Massachusetts. Además, el plan reembolsará a los amigos o familiares designados por el miembro por el millaje del transporte médico calificado no urgente. 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.	Usted paga $0 por los viajes médicos que no sean de urgencia cubiertos por MassHealth (Medicaid).
Transporte (que no sea de urgencia ni médico) *Para que el transporte en ambulancia (que no sea de urgencia ni médico) esté cubierto, usted, su médico u otro*	Usted paga $0 por hasta 130 viajes de ida o vuelta

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
proveedor del plan deben obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) por parte del plan. El plan cubrirá un total de 130 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, según el sistema del proveedor de transporte del plan. Asimismo, el plan reembolsará a los amigos o familiares designados por el miembro por el millaje del transporte no médico calificado no urgente que se indica arriba, según el cálculo del proveedor de transporte del plan. Los reembolsos se harán únicamente por viaje, sin importar la cantidad de miembros elegibles en el vehículo, ya sea que viajen al mismo lugar o a destinos distintos. 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.	cubiertos por MassHealth (Medicaid) por año.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas al proveedor de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.	Usted paga $0 por las consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare y MassHealth (Medicaid).

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.
Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los tratamientos programados con anticipación (incluida la diálisis para una afección continua), la atención/consultas de rutina o los procedimientos optativos no están cubiertos.	
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: servicios médicos para pacientes ambulatorios 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 familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • 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). Los servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid) incluyen lo siguiente: • Exámenes de la vista de rutina. • Lentes de contacto y un juego de anteojos por año. • Correcciones o reemplazo de anteojos.	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. Usted paga $0 por los anteojos complementarios de hasta $403. Existe un límite de cobertura del plan de $403 por año calendario para anteojos complementarios. Usted paga todos los cargos mayores a $403 por año.

Servicios cubiertos	**Lo que le corresponde pagar** cuando obtiene estos servicios.

Los servicios adicionales cubiertos por NaviCare incluyen lo siguiente:
• Dos nuevos pares de anteojos, lentes de contacto, lentes y marcos o mejoras de hasta el límite en la cobertura del plan de $403 por año calendario. Los artículos deben comprarse en un proveedor de la red de EyeMed. Usted paga todos los cargos mayores a $403. Se aplican las siguientes exclusiones:
  o Promociones o cupones de comercios.
  o Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubierto por Medicare.
  o Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
  o Lentes o lentes de contacto no recetados.
  o Lentes de sol no recetados	

Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" 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. **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"*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *"Bienvenido a Medicare"*.
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.	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.

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.

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (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 documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	**Cubiertos solo en circunstancias específicas**
Acupuntura.	**Servicios de terapia de masajes Tui Na y orientales**	Con cobertura de Medicare para las personas que tengan dolor crónico en la zona lumbar en determinadas circunstancias. 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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		Cubiertos en casos de una lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de un miembro malformado. Cubiertos 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.

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	**Cubiertos solo en circunstancias específicas**
Cuidado asistencial 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.		Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluida pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvejecimiento y rendimiento conductual), salvo cuando se consideren médicamente necesarios.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
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. Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por 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).

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	**Cubiertos solo en circunstancias específicas**
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.		Cubierto 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.
Servicios/procedimientos y suministros de medicina funcional (incluidos análisis de laboratorio y suplementos). La medicina funcional incluye a la medicina alternativa, holística y naturopática.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Entrega de comida a domicilio		Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	**Cubiertos solo en circunstancias específicas**
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).	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Atención dental que no sea de rutina.		Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid). La atención odontológica que no sea de rutina para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Los zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y que se incluyen en el costo de la pierna están cubiertos. 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).
Servicios de atención personal no cubiertos por Medicare o MassHealth (Medicaid), incluidos servicio de niñera, recreación, supervisión, instrucciones o indicaciones verbales o capacitación vocacional.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	**Cubiertos solo en circunstancias específicas**
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Habitación individual en un hospital.		Con cobertura únicamente cuando sea médicamente necesario.
Procedimientos para invertir la esterilización o suministro de anticonceptivos sin receta.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Atención quiropráctica de rutina.		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.		La atención dental de rutina está cubierta como parte de nuestro plan en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		Se cubre un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas que tuvieron una cirugía de cataratas. Los beneficios y la cobertura complementaria adicional del plan de MassHealth (Medicaid) para exámenes de la vista de rutina, anteojos y lentes de contacto están cubiertos por el plan y sujetos a límites.
Cuidado de los pies de rutina		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.		Con cobertura como parte de nuestro plan, en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid).
Autorremisión a proveedores fuera de la red del plan.		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.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Servicios prestados a veteranos en centros de la Administración de Salud para Veteranos (VA).		Cuando se reciben los servicios de emergencia en un hospital de VA, reembolsaremos a los veteranos los costos de VA.
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	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	**Cubiertos solo en circunstancias específicas**
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.		
Transporte a citas para una persona que no sea el miembro.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	

CAPÍTULO 5:

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

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y medicamentos del hospicio de la Parte B de Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de MassHealth (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. La *Lista de medicamentos de venta libre y adicionales cubiertos por MassHealth NaviCare SCO y NaviCare HMO SNP* le indica qué medicamentos están cubiertos (con una receta) por la cobertura para medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).

Sección 1.1 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 pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le haga una receta válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en la Lista de exclusión de Medicare.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O puede obtener su medicamento con receta 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 de este capítulo).
- 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 ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).

- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de cobertura).

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 Utilice una farmacia dentro 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 en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 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.

Puede ir a cualquiera de las farmacias 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 en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio para los inscritos o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web fallonhealth.org/navicare.

¿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 LTC (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. 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. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* (fallonhealth.org/navicare) o llame al Servicio para los inscritos.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio 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. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra Lista de medicamentos.

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 documento encontrará detallados los números de teléfono).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo demorará entre diez 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 documento 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. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento, llamando al 1-844-657-0494 (TRS 711). Si recibe automáticamente un medicamento por correo que no desea y no se comunicaron con usted para consultarle si lo quería antes de enviarlo, usted podría ser elegible para obtener un reembolso.

  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. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si debe enviar, retrasar o cancelar el nuevo medicamento con receta.

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 no desea utilizar nuestro programa de reposición automática, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia siete a diez días hábiles antes de que se le agote el medicamento actual. Esto garantizará que el pedido se 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).

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).

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* (fallonhealth.org/navicare), 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.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

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 ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con el Servicio para los inscritos pa**ra ver si hay alguna farmacia de la red cerca. 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.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta 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.

¿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. Los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos. Puede pedirnos que le hagamos un reembolso (en la Sección 2 del Capítulo 6, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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 cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de MassHealth (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. La *Lista de medicamentos de venta libre y adicionales cubiertos por MassHealth NaviCare SCO y NaviCare HMO SNP* le indica qué medicamentos están cubiertos (con una receta) por la cobertura para medicamentos de MassHealth Standard (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 medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado
- Está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podría ser un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original, pero generalmente cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos productos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 11 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

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

Los medicamentos cubiertos por su cobertura para medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid) no están incluidos en la Lista de medicamentos. Para averiguar qué medicamentos están cubiertos (con una receta) por su cobertura para medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid), consulte la *Lista de medicamentos de venta libre y adicionales cubiertos por MassHealth NaviCare SCO y NaviCare HMO SNP*.

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 la Lista un medicamento en particular. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 8).

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

Hay cuatro 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.
4. Consulte la Lista *de medicamentos de venta libre y adicionales cubiertos por MassHealth NaviCare SCO y NaviCare HMO SNP* más reciente que brindamos de manera 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 alentarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona 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.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma farmacéutica del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (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?

Las siguientes secciones le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

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. Comuníquese 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. (Consulte el Capítulo 8).

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**. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar 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 da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que recibe su medicamento con 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 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

En algunos casos, hay un medicamento con receta que está tomando actualmente o uno que usted o su proveedor piensan 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, como se explica en la Sección 4.
- 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, tiene las siguientes opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del 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 proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora tiene algún tipo de restricción**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **108 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo inscrito en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **108 días** del año calendario.
- 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 por más de 108 días y son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es aparte de 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:**

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

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio para los inscritos.

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay 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.

2) 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 solicitar una excepción. 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 actualmente es miembro y el medicamento que está tomando se retira del formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos de cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 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 puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura para un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Consulte el Capítulo 11 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo.

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, publicamos información al respecto en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos hacer a la Lista de

medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo en caso de que se realicen cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos que lo afecten durante el año actual del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar <u>inmediatamente</u> o modificar un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregaremos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregaremos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Es posible que realicemos estos cambios de inmediato y se lo comuniquemos más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminamos o modificamos. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar un medicamento similar de la Lista de medicamentos con previo aviso.**
    - Cuando agregamos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La versión del medicamento que agreguemos tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios solo si agregaremos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregaremos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Se lo notificaremos, al menos, 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**

  - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o se retira del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de realizar el cambio.

- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Una vez comenzado el año, podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted esté tomando. Por ejemplo, tenemos en cuenta los cuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Se lo notificaremos, al menos, 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 8.

Cambios a la Lista de medicamentos que no lo afectan durante el año actual del plan

Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio. Sin embargo, estos cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios le sucede a un medicamento que esté tomando (excepto un retiro del mercado, el reemplazo por un medicamento genérico de un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista está

disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año de plan.

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 ni Medicare ni MassHealth Standard (Medicaid) pagan estos medicamentos.

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no será excluido por la Parte D, pagaremos o cubriremos dicho medicamento. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 8). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por MassHealth Standard (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 o sus territorios, a menos que lo administre un proveedor calificado en un entorno de atención de emergencia o de urgencia para estabilizar una afección médica de emergencia.Nuestro plan no puede cubrir el uso para una *indicación no autorizada de un medic*amento cuando dicho uso no está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System de Micromedex. 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.

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 cubiertos para usted por la cobertura para medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid); consulte la Lista de medicamentos de venta libre y adicionales cubiertos por MassHealth NaviCare SCO y NaviCare HMO SNP en fallonhealth.org/navicare.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre), a menos que figuren en nuestra Lista de medicamentos de venta libre y adicionales cubiertos por MassHealth NaviCare SCO y NaviCare HMO SNP.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado, a menos que esté recetado y cubierto por nuestro beneficio OTC.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.

- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor, a menos que estén recetadas o cubiertas en virtud de nuestro beneficio de OTC.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso (a menos que figuren en nuestra Lista de medicamentos de venta libre y adicionales cubiertos por MassHealth NaviCare SCO y NaviCare HMO SNP) o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione su información de miembro del plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará al plan de forma automática por el medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de membresía?

Si no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o pueden pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en el plan.

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 del Capítulo 6 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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 con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descritas en este Capítulo.

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 usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que use, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* (fallonhealth.org/navicare) para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que usa es parte de nuestra red. Si no forma parte, o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con el Servicio para los inscritos. Si está en un centro de atención a largo plazo (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.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si usted está en un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere de ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona autorizada a dar recetas o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en recibir estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que le brinden notificaciones antes de que se obtenga el medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos, como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

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.

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 similar para tratar la misma afección.
- 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.

Sección 10.2 Drug Management Program (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de varias personas autorizadas a dar recetas o determinadas farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podríamos consultar con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con las personas autorizadas a dar recetas, si decidimos que su uso de medicamentos opioides recetados o benzodiacepinas puede no ser seguro, podríamos limitar las formas en que obtiene dichos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden 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 una persona autorizada a dar recetas determinada.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le requerirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicos. Usted tendrá la oportunidad de indicarnos qué personas autorizadas a dar recetas 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 decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y tomaremos una nueva 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.

No lo colocaremos en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor o anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el fin de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Medication Therapy Management (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de costos 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. NOTA: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos. Si reúne los requisitos, un farmacéutico u otro profesional de atención médica llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre 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 que tiene una lista de recomendaciones, que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué los está tomando. Además,

los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medicamentos y su lista de medicamentos recomendados. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos actualizada (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. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con el Servicio para los inscritos.

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 Exp*licación de beneficios de la Parte D (la* EOB *de la Parte D)*

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**. Incluye lo que usted paga cuando obtiene un medicamento cubierto de Parte D, los pagos de sus medicamentos realizados por un familiar o amigo, y los pagos realizados mediante la “Ayuda Adicional” de Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, los servicios de salud para la población india, los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, las organizaciones benéficas y los State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAP).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que el plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

NOTA: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. 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 información sobre los aumentos de precio 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 disponibles para cada reclamo de receta, si corresponde.

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 membresía cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo, debe brindarnos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe brindarnos copias de los recibos de 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. Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 6.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos efectuados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un State Pharmaceutical Assistance Program,

un AIDS Drug Assistance Program (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. 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 la *EOB de la Parte D*, léala para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio para los inscritos. Asegúrese de guardar estos informes.

CAPÍTULO 6:

cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos (Nota: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos)

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

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 y medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado los servicios o artículos 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. Es posible que haya plazos que deba cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. 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.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o, posiblemente, por más de su parte del costo compartido, como se menciona en este documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenosla en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de lo que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede 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 o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que 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.

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. (Esto 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, como recibos y facturas, para el reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, 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.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para obtener información sobre estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

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. Es posible que no le reembolsemos el

costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para el medicamento con receta.

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 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. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para el medicamento con receta.

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 documento se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió (los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos)

Puede solicitarnos por escrito que le reembolsemos. Si envía una solicitud por escrito, envíe 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. **Debe presentarnos su reclamo dentro de un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Para asegurarnos de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe firmarla usted, un representante autorizado o una persona autorizada a dar recetas. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
    - Nombre y apellido
        - Número de identificación de miembro

- Fecha de nacimiento
- Tipo de servicio:
  - Atención médica/salud conductual
  - Servicios dentales
  - Equipos/suministros
  - Servicios de emergencia en todo el mundo
  - Transporte
  - Healthy Savings
  - Acondicionamiento físico/bienestar
  - Entrega de comidas
  - Vista
- Nombre del proveedor de servicios/suministros
- Fecha(s) del servicio
- Código de CPT/diagnóstico
- Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben mostrar lo siguiente:
  - Lugar y fecha de la compra
  - Monto total pagado y método de pago
  - Artículos/servicios que se deben reembolsar
  - Proveedor de servicios y fecha del servicio
- El recibo o la factura debe incluir códigos de diagnóstico y procedimiento. Si no hay una factura detallada disponible, puede enviar una declaración del proveedor en el membrete. Tanto el recibo como la factura detallada deben ser fáciles de leer. Fallon Health no aceptará solicitudes de reembolso por artículos comprados con certificados de regalo, tarjetas de regalo o tarjetas de débito prepagadas. Fallon Health no reembolsará los cupones.

- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (fallonhealth.org/navicare) o llame al Servicio para los inscritos y solicite el formulario.

El reembolso de medicamentos con receta es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios de farmacia (PBM), OptumRx, para proporcionar los reembolsos de los medicamentos con receta de la Parte D. **Debe enviar su reclamo a OptumRx dentro de los tres años** a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Para asegurarnos de que nos brinde toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reembolso de medicamentos con receta para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario de reembolso de medicamentos con receta, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe firmarla y fecharla usted, un representante autorizado o una persona autorizada a dar recetas. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
  - Nombre y apellido

- Número de teléfono
- Fecha de nacimiento
- Género
- Número de identificación de miembro
- Dirección postal
- Nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia donde obtuvo el medicamento con receta
- Fecha(s) en que obtuvo el medicamento con receta
- Código de diagnóstico y descripción
- Nombre del medicamento
- Número de receta
- Para las fórmulas magistrales, se necesita la siguiente información
  - Forma final de la fórmula (crema, parches, supositorios, suspensión, etc.)
  - Tiempo dedicado a preparar el medicamento
  - Ingredientes de la fórmula
- Código nacional de medicamentos
- Cantidad
- Suministro diurno
- Volumen total (gramos, ml, cada uno, etc.)
- Comprobante de pago
- Nombre y apellido de la persona autorizada a dar recetas
- NPI de la persona autorizada a dar recetas
- Costo original del medicamento
- Monto que pagó el seguro principal por el medicamento
- Monto que pagó el miembro

- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (fallonhealth.org/navicare) o llame al Servicio para los inscritos y solicite el formulario.

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

Reclamos médicos (servicios que obtiene en el consultorio del proveedor):	**Reclamos relacionados con la farmacia (servicios que obtiene en la farmacia):**
Fallon Health P.O. Box 211308 Eagan, MN 55121-2908 Correo electrónico: reimbursements@fallonhealth.org	OptumRx Claims Department P.O. Box 650287 Dallas, TX 75265-0287

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, pagaremos el servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- 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. Le enviaremos una carta en la que se le explica las razones por las que no le estamos enviando el pago 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 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. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este documento.

CAPÍTULO 7:
sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

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

Su plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y estén accesibles a todos los inscritos, incluidos aquellos con competencia limitada de inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva, o las de diversos orígenes culturales y étnicos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, servicios de traducción e interpretación, teletipos o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que requieren servicios de traducción. Si lo necesita, también podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande, en español (u otros idiomas disponibles si lo solicita) 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.

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

Si los proveedores de la red del plan para un proveedor de medicamentos especializados no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar los proveedores especializados fuera de la red y que le proporcionarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará costos compartidos dentro de la red. Si no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde puede obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

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 al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

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, el 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.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que 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.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si proporcionamos su información de salud a otra persona que no le brinda ni paga por su atención*, debemos pedirle la autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
    - 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; por lo general, esto requiere que su información personal no sea compartida.

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 corrijamos 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. Consulte el Aviso sobre prácticas de privacidad a continuación para ver información sobre cómo obtener copias de su CER o 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 funcionario de privacidad de Fallon Health al 1-800-868-5200.

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.

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) **Procedimientos 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.

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 complimiento 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 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.

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 usaremos ninguna forma de coerción o disciplina ni tomaremos represalias de ninguna forma si usted elige presentarnos una reclamación o presentarla 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
1 Mercantile Street, Suite 400
Worcester, MA 01608

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

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores, sus servicios cubiertos y sobre cómo evaluamos la inclusión de la nueva tecnología como un beneficio cubierto

En su condición de miembro de NaviCare HMO SNP, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio para los inscritos.

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. El Capítulo 5 proporciona información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos OTC.
    - 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 (TRS 711) si necesita ayuda para encontrar un proveedor de servicios de planificación familiar.

- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 8, se incluye información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico, medicamento de OTC o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 8 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada una apelación.
- **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 Commitee.
    - 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 la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

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.** 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.
- **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.
- **Tiene derecho a permanecer libre de cualquier forma de aislamiento o encierro usados por el personal como medio de coerción, castigo, conveniencia o represalia.**

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.** Puede recibir una instrucción anticipada de su abogado, a un trabajador social o conseguirlo en una tienda 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. Es recomendable que les entregue copias a algunos amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.

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

- En el 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.

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:

Contra un hospital:
Department of Public Health
Division of Health Care Facility
Licensure & Certification
Complaint Intake Unit
67 Forest St.
Marlborough, MA 01752
1-800-462-5540
Fax: 1-617-753-8165

Contra un médico particular:
Consumer Protection Coordinator
Board of Registration in Medicine
178 Albion St., Suite 330
Wakefield, MA 01880
1-781-876-8230
TTY: 711 MassRelay
Fax: 1-781-876-8381

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamaciones y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o reclamación, y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 8 de este documento le indica qué puede hacer. 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**. No se nos permite utilizar ninguna forma de coerción o disciplina ni tomar represalias contra usted por presentar una reclamación.

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, orientación sexual 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**.
- Puede **llamar a SHIP**. Para obtener detalles, 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 (TTY 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 711 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**.
- Puede **llamar a SHIP**. Para obtener detalles, 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 línea 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 (TTY 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 711 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Tiene derecho a realizar recomendaciones relacionadas con las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de Fallon Health. Para hacer recomendaciones, puede llamar al Servicio para los inscritos.

Sección 1.9 Igualdad de la atención de salud conductual

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 conductual 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 conductual 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 conductual 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 documento.

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 el Título 130 del CMR 450.117(J).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al Servicio para los inscritos.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *Evidencia de Cobertura,* aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
    - El Capítulo 5 brinda los detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta y medicamentos OTC de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios. 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.
- **Dígales a su médico y a 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 y medicamentos OTC de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para obtener la mejor atención, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, pregúntenos y reciba una respuesta que entienda.
- **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 del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Si MassHealth (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
    - Si usted debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos más elevados (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, 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 *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

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 inquietud

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

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamaciones,** también llamadas quejas.

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

La **Sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y las medidas a tomar.

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. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa 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 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. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una reclamación sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarle.

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender 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 documento, encontrará los números de teléfono y sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Cómo ponerse en contacto con 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.
- También 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 apelación del Consejo de Audiencias (BOH) de MassHealth (Medicaid) completando el Formulario de solicitud de audiencia imparcial. También puede llamar al 1-800-841-2900 para completar su solicitud de un formulario de audiencia por teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.

SECCIÓN 3 Comprensión de las reclamaciones y apelaciones a Medicare and 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

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o reclamaciones relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o** MassHealth Standard (**Medicaid**).

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, "Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

No.

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

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 su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio al que se lo remitió nunca está cubierto en ninguna circunstancia. 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 la atención médica antes de recibirla, 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.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir el beneficio, y no se siente satisfecho, usted puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En algunas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede solicitar una decisión acelerada o **decisión**

rápida de cobertura. Su apelación es leída por personas diferentes a las que toman la decisión original.

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 las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, 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 apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso para explicar por qué se rechazó y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No debe hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 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 (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar al Servicio para los inscritos.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa de asistencia en seguros de salud del estado de Massachusetts.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación superior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Servicio para los inscritos y solicite el formulario

Designación de representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en (fallonhealth.org/navicare)).

- 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 recibiéndose durante la apelación, **puede que** deba designar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas 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 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.

- **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.
  - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio para los inscritos y pida el formulario *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en: (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.
  - 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 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.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** 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.

Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes 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 (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame al Servicio para los inscritos. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP.

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 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 atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto*). 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. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
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. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
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. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
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. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

   Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención en el hospital, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **determinación de la organización**. Una decisión rápida de cobertura se denomina una **determinación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Por lo general, se toma una decisión estándar de cobertura en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se toma una decisión rápida de cobertura dentro de las 72 horas para los servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir los siguientes dos requisitos:

- *Solo* podrá solicitar cobertura para los artículos o servicios médicos (no se incluyen solicitudes de pago para artículos o servicios que ya recibió).
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándar 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.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
  - Explica que usaremos los plazos estándares.
  - Explica que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le proporcionaremos una decisión rápida de cobertura.
  - Explica 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.

Paso 2: pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- 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. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándares de cobertura, usamos los plazos estándares.
Esto 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.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos 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. Le daremos respuesta a su reclamación tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una reclamación es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamaciones).

Para decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado.

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.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos 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. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamaciones). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **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 4: si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir que otra vez obtenga la cobertura de atención médica que desea. Si apela, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o siete días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos 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 6.2 de este capítulo.

Paso 2: pida una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito.** También pueden solicitar una apelación por teléfono. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o verbalmente.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta 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: 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 gratis de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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 10 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.

Paso 3: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si fuera necesario. Para hacerlo, posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos límite para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo 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. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **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 una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. 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 más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos 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. 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 antes del plazo límite (o al final de la extensión del plazo), le enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura 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 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

Término legal
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.

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

- 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 apelación, en cuanto se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es con un servicio o artículo que suele **estar cubierto por MassHealth Standard (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 o artículo 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 161 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 Standard (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.

- 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.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en 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 beneficiarle, **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.

- Para la apelación estándar, 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 independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o brindar el servicio **en el plazo de 14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de revisión, en el caso de **solicitudes estándares**, o brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, en el caso de **solicitudes aceleradas**.
- **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 proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en el plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión, en el caso de **solicitudes estándares**, o **en un plazo de 24 horas** desde la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, en el caso de **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**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
    - Explicar su decisión.
    - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

- 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.

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que MassHealth Standard (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 Standard (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.
- 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 MassHealth (Medicaid) 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
    Oficina de MassHealth (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 sin cargo.**
- Tiene derecho a proporcionarle al BOH información adicional para sustentar su apelación.

Derecho a continuar con los servicios:

- Si corresponde, puede ser elegible para 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 puede ser 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.
- **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 solicité, ¿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.**

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 está solicitando que paguemos una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Los miembros de NaviCare no tienen costos 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, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

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 un 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. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo, por lo general, en un plazo de 30 días calendario con una posible extensión de 14 días.
- **Si rechazamos 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 que dice que no pagaremos por la atención médica y las razones.

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. Para las apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la Organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en el 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.

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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 incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte el Capítulo 5. **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 ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- 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.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y a su cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Pedirnos la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**

- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**. Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones **excepción al formulario**.

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.

Para que consideremos su solicitud de 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. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar la receta pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en la Lista de medicamentos del plan.**
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos.

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.

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, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión rápida de cobertura se denomina una **determinación acelerada de cobertura**.

Paso 1: decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Las decisiones estándar de cobertura se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura. **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir los siguientes dos requisitos:**

- Debe pedir un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar que se le reembolse la decisión rápida de cobertura para un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría *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, automáticamente tomaremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que**

tomemos una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos los plazos estándares.
- Explica que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le proporcionaremos una decisión rápida de cobertura.
- Explica 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. Responderemos su reclamación en un plazo de 24 horas después de la recepción.

Paso 2: solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *Solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS* o en el formulario de nuestro plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web (fallonhealth.org/navicare). El Capítulo 2 contiene información de contacto. Tiene la opción de completar y enviar el Formulario de solicitud de determinación de cobertura en línea; para ello, ingrese en fallonhealth.org/navicare, haga clic en "Plan documents and forms" (Documentos y formularios del plan) y seleccione el vínculo "Medicare Part D prescription coverage determination form" (Formulario 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). Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifica el reclamo denegado que está siendo apelado.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que corresponde a las razones médicas para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede 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.

Paso 3: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos límite para una decisión rápida de cobertura

- Para las apelaciones rápidas, generalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. 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.
- **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 estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. 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.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle **en un plazo de 72 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 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.

- **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.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir que otra vez obtenga la cobertura para medicamentos que desea. Si apela, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura para medicamentos de la Parte D se llama una **redeterminación** del plan. Una apelación rápida también se llama una **redeterminación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los siete días calendario. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- 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 6.2 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-333-2535, ext. 69950**. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web fallonhealth.org/navicare. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo para ayudarle en el proceso de solicitud.
- Tiene la opción de completar y enviar la solicitud de apelación de la Parte D en línea ingresando en fallonhealth.org/navicare, haciendo clic en "Plan documents and forms" (Documentos y formularios del plan) y seleccionando el vínculo "Medicare Part D appeal form" (Formulario 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 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta 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: 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 y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: 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

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - 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. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **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 sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - 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. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no en una fecha posterior a los **siete días calendario** 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 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.
- **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.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
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.

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: 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. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación **en riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- 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 del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización 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.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, 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.

Paso 3: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para una apelación rápida:

- **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.

Para una apelación estándar:

- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su 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 acepta parte o la totalidad 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.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama

confirmar la decisión o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicar su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando cumple un cierto mínimo. 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.
- Informarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: 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 quiere avanzar a una apelación del Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de 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 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 le están 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.

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. 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 decida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- 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.

Sección 8.1 Durante la estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

En un plazo de dos días calendario después de haber ingresado en el hospital, 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.

Si no recibe el aviso de un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un asistente social u enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio para los inscritos o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En esta lista se indican:
   - 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.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta 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.
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.
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia de**l 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 calendario antes de la fecha del alta, 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 o 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. También puede ver el aviso en línea 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.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los inscritos. O bien, llame al Programa de asistencia sobre seguros de salud de Massachusetts, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica contratados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de Massachusetts y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿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 encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de Massachusetts en el Capítulo 2.

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.**

- **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello,* mientras espera la decisión 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.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted le daremos un **aviso detallado del alta**. En este aviso se indica 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 (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **aviso detallado del alta** llamando al Servicio para los inscritos 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 puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de atención médica de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree 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 nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. En este aviso también se le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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?

- Si la organización de revisión la acepta, **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.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la rechaza, 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

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

Paso 1: póngase 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.

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 calendario luego de recibir su solicitud de una apelación de Nivel 2, 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.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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 quiere avanzar a una apelación del Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de 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 Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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 ambulatorios (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes**

ambulatorios) cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

Término legal
Aviso de la no cobertura de Medicare. Le dice 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.

1. **Recibe un aviso por escrito al** menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le indica lo siguiente:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir 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.**
- **Cumpla con los plazos.**

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los inscritos. O bien, llame al Programa de asistencia sobre seguros de salud de Massachusetts, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica contratados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de la no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de Massachusetts en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- 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, es posible que aún tenga derechos de apelación. Póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para la cancelación de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree 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.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la **explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

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). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores la rechazan, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado**.
- 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 ambulatorios (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.

- 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 una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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 ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: póngase 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 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 respecto de su apelación de Nivel 1.
- 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 quiere avanzar a una apelación del Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de la decisión de 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 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. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar 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 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**. A diferencia de la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, pasará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos no apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica 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 la atención médica 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. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 **El Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica 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 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que MassHealth Standard (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 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**. 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. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye**. 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 le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. 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.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamaciones?

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. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamaciones.

Reclamación	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Sospecha de fraude, uso indebido o abuso	• ¿Cree que un proveedor está facturando de manera inapropiada o incorrecta?

Reclamación	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con el Servicio para los inscritos? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿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? o Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para recibir una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?
Oportunidad (Estos tipos de reclamaciones se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una reclamación por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y rechazamos su solicitud; puede presentar una reclamación. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una reclamación. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede presentar una reclamación. • Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la Organización de revisión independiente; puede presentar una reclamación.

Sección 11.2 Cómo presentar una reclamación

Términos legales

- Una **reclamación** también se denomina **queja**.
- **Presentar una reclamación** también se denomina **interponer una queja.**
- **Usar el proceso para reclamaciones** también se denomina **usar el proceso para presentar una queja**.
- En esta sección, una **reclamación rápida** también se denomina **queja acelerada**.

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.

- **Habitualmente, 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.
- **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, 1 Mercantile St., Suite 400, Worcester, MA 01608. Para quejas orales, puede llamar 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 solicitar 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. 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 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 inmediatamente.** Puede presentar la reclamación en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

- **Para denunciar las sospechas de fraude, uso indebido o abuso, llámenos.** 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). Puede llamar a la Línea directa de cumplimiento al 1-888-203-5295 o enviar un correo electrónico a InternalAudit-FWAInquiries@fallonhealth.org. El plan no tomará represalias contra nadie que haga un informe de buena fe sobre un posible fraude u otros actos ilícitos.

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.
- **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 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**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la reclamación o si no nos hacemos responsables por el problema sobre el que está reclamando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le brindemos.

Sección 11.4 También puede presentar reclamaciones sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamación directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** 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. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su reclamación ante la Organización para la mejora de la calidad y a nosotros al mismo tiempo**.

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. También puede llamar 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 o visitar su sitio web en www.myombudsman.org. *My Ombudsman* es un programa independiente que ayuda cuando tiene preguntas o necesita asistencia para obtener beneficios y servicios, y puede explicar cómo presentar una reclamación.

CAPÍTULO 9:
cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a 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. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación de su membresía de manera voluntaria.
- 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 deja nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos con receta y seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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. Como usted tiene MassHealth (Medicaid), puede cancelar la inscripción de nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluidos los siguientes:
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare;
    - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática).
    - Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

  Nota: si cancela su 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.

  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 documento).

- Hay otras opciones de plan de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción anual**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.
- **¿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). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y para medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija 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, con o sin cobertura para 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.
- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

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 su inscripción en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta para 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.

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**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en el que tienen derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
    - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para 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.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos 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**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. 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 (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).

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

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. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para 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.

Nota: si cancela su inscripción en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta para 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.

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.

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 sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar al Servicio para los inscritos.**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2025*** (Medicare y Usted 2025).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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:
• Otro plan de salud de Medicare.	• 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.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• 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:
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. o 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. o 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.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con el Servicio para los inscritos si necesita más información sobre cómo hacer esto. • 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.

Nota: si cancela su inscripción en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta para 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.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), comuníquese con MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, TTY 711, 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 artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía en NaviCare HMO SNP y comience su nueva cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid), debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**

- **Siga usando las farmacias o el pedido por correo de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

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). 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 (Medicaid) 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, llame al Servicio para los inscritos para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya 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 su inscripción en el plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Servicio para los inscritos.

Sección 5.2 No 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, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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.

CAPÍTULO 10:
avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de Evidencia de Cobertura 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. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color de piel, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o de comportamiento, estado de salud, experiencia en reclamos, 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. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio para los inscritos. 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.

SECCIÓN 4 Aviso sobre disposiciones sobre recuperación de patrimonio de MassHealth

MassHealth está obligado por ley federal a recuperar dinero de los bienes de ciertos miembros de MassHealth que tienen 55 años o más, o miembros de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en un hogar de convalecencia o en otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación de patrimonio de MassHealth, visite www.mass.gov/estaterecovery.

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 nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: es un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. 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 debe cancelar su 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 incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario, y nuestros criterios están publicados en el sitio web.

Auxiliar de atención de la salud en el hogar: una persona que no necesita 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).

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.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

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

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.

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, como el tiempo que le llevó al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento con receta. NOTA: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Costo compartido: costo compartido hace referencia a las cantidades que un miembro tiene que 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 medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. NOTA: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

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 proporcionado por 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 pague. 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 documento.

Determinación de la organización integrada: una decisión que nuestro plan toma sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortopédicos y prostéticos: dispositivos médicos, incluidos, 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.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría de los servicios de Medicaid, o todos, en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles para Medicare y Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Emergencia: 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, pierda un miembro o la función de un miembro, o pierda o se vea afectada una función del cuerpo. 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 del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado

$2,000 por concepto de medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. NOTA: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que los gastos que paga de su bolsillo para el año hayan alcanzado el monto límite de gastos que paga de su bolsillo. 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 nuestro formulario (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 nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si el plan requiere autorización previa para el medicamento y usted quiere que eliminemos la restricción de criterio, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. 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. 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.

"Herramienta de beneficios en tiempo real": un portal o aplicación informática donde los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre beneficios y formularios. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro que ha estado médicamente certificado como enfermedad terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. 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.

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 ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y respaldado por ciertos libros de referencia como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System de Micromedex.

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 gastos que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D. NOTA: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos.

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.

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 estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente 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.

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).

Medicamentos cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

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 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. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

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 en relación 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 en relación con el ingreso, también llamado IRMAA. El IRMAA es un costo adicional que se suma a la prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que pagaría de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos si estuviera en un plan que requiriera costos compartidos del miembro por los servicios cubiertos. NOTA: los miembros de NaviCare no tienen costos por los servicios cubiertos. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare (o los montos que pagó MassHealth (Medicaid) u otro tercero por usted) no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

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. 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 días consecutivos o más.

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.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Fee-for-Service Medicare): 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.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el 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: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan 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 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. 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 elegible para la cobertura de Medicare y MassHealth (Medicaid).

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 MassHealth (Medicaid), que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Planes de Necesidades Especiales de doble elegibilidad (D-SNP): un tipo de plan que inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare o todos, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un plan 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). Entre estos centros se incluyen los siguientes: centro de atención de enfermería especializada (SNF), centro de atención de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por los CMS que proporcionan servicios de atención médica a largo plazo similares, servicios de atención médica que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención médica similares a los otros tipos de centro denominados. Un plan de necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan 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 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, los Planes de necesidades especiales 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 i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan Private Fee-for-Service (PFFS) o iv) un plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). 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**.

Plan PACE: un plan PACE (programa de atención con todo incluido para las personas de edad avanzada) combina servicios y apoyos médicos, sociales y 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. 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 pagan prima.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse de manera exacta, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Programa de descuentos para fabricantes: programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. 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.

Proveedor de la red: proveedor es el término general 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 **proveedores de la red** 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. 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 que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar u 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.

Queja integrada: tipo de reclamación que usted nos presenta con respecto a nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluida una reclamación relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no está relacionado 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. También incluye reclamaciones si su plan no sigue los tiempos del proceso de apelaciones.

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: el término que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los beneficios para la vista, dentales o para la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

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

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas al proveedor de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (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 7 días de la semana) El Servicio para los inscritos también ofrece servicios gratuitos de interpretación en múltiples idiomas.
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 7 días de la semana)
FAX	1-508-368-9013
ESCRIBA A	NaviCare Enrollee Services Fallon Health 1 Mercantile Street, Suite 400 Worcester, MA 01608
SITIO WEB	fallonhealth.org/navicare

Servicio para las necesidades de seguro de salud de todas las personas (SHINE) (SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal 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.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	MassRelay 711 o 1-800-439-0183 (voz) Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. TTY/ASCII: 1-800-439-2370
ESCRIBA A	SHINE Program Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 3rd floor Boston, MA 02108
SITIO WEB	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.*