



Manual para miembros de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP)

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

Su salud y cobertura de medicamentos con CCA Senior Care Options (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual para miembros*

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

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

Cuando este *Manual para miembros* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de forma gratuita en otros idiomas.

Puede conseguir este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio si llama a Servicios al miembro al número que aparece al final de esta página. La llamada es gratuita.

Para las comunicaciones futuras, conservaremos su solicitud de formatos alternativos e idioma especial. Comuníquese con Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana para cambiar su idioma y/o formato preferido.

H2225_26_EOC_C_SP

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Notice of Availability Interpreter Services

English: If you speak English, free language assistance services are available. Auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. También están disponibles sin costo recursos auxiliares y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 如果您讲普通话，我们可以提供免费的语言协助服务。此外，还免费提供以无障碍格式提供信息的辅助工具和服务。请致电 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 如果您講粵語，我們可以提供免費的語言協助服務。此外，還免費提供以無障礙格式提供資訊的輔助工具和服务。請致電 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga pantulong na tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles. Des aides et services auxiliaires permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (TTY : 711).

Vietnamese: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và phương tiện phụ trợ cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được miễn phí. Gọi 1-866-610-2273 (TTY: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer +1-866-610-2273 (TTY: 711) an.

Korean: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-610-2273 (TTY: 711) 으로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Звоните по номеру 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية المجانية. وتتوفر أيضًا مساعدات وخدمات إضافية لتوفير المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Notice of Availability 2026

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.ccama.org.



Hindi: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूप में सूचना उपलब्ध कराने के लिए सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-610-2273 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Se parla italiano, può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche dei servizi e supporti ausiliari che forniscono informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Portuguese: se você fala português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis. Recursos e serviços auxiliares para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Cape Verdean Creole: Si bu ta papia Kriolu di Kabu Verdi, sirvisus di apoiu lingustikui ta sta dispunível. També ta sta dispunível apoiu y sirvisus ausiliaris pa da informason na formatus asesível. Txoma pa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Haitian Creole: Si ou pale kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans lang gratis ki disponib. Gen èd ak sèvis oksilyè pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib ki disponib gratis tou. Rele 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話せる方は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。受け入れ可能な方法で情報を入手するための補助手段やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-610-2273 (TTY: 711) にお電話ください。

Gujarati: જો તમે ગુજરાતી બોલનાર છો, તો મફત ભાષા સહાય સેવા ઉપલબ્ધ છે માહિતીને સુલભ ફોર્મેટમાં. 1-866-610-2273 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Lao/Laotian: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຟຣີ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແມ່ນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Greek: Εάν μιλάτε ελληνικά, διατίθενται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Διατίθενται επίσης δωρεάν βοηθητικά μέσα και υπηρεσίες για την παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμη μορφή. Καλέστε στο 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះនឹងមានការផ្តល់ជូនសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ជំនួយ និងសេវាក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក៏នឹងមានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅ 1-866-610-2273 (TTY: 711)។

Notice of Availability 2026

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.ccama.org.



Manual para miembros 2026

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro	6
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	19
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos	35
Capítulo 4: Tabla de beneficios	58
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos	132
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid)	153
Capítulo 7: Solicitarnos el pago de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos	159
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	169
Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)	190
Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan	235
Capítulo 11: Avisos legales	244
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	248



Descargos de responsabilidad

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que puede afectarle con al menos 30 días de anticipación.
- ❖ CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan de atención coordinado con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para cualquier persona de 65 años o más que califique para MassHealth (Medicaid) Standard y Original Medicare y no tenga ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare.
- ❖ Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios al miembro o lea el Manual para miembros de CCA Senior Care Options. Esto significa que, probablemente, tenga que pagar por algunos servicios y que necesite seguir ciertas reglas para que CCA Senior Care Options pague por sus servicios.
- ❖ **ATTENTION:** If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 866-610-2273 (TTY 711), 8 am to 8 pm, 7 days a week. The call is free.
- ❖ **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm 7, días a la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ **Concientización sobre la recuperación del patrimonio:** la ley federal exige que MassHealth (Medicaid) (Medicaid) recupere dinero de los patrimonios de determinados miembros de MassHealth (Medicaid) (Medicaid) de 55 años o más y de miembros de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en un hogar de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio de Massachusetts MassHealth (Medicaid) (Medicaid), visite www.mass.gov/estaterecovery.
- ❖ **La cobertura en este plan se clasifica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Patient Protection and Affordable Care Act's (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Internal Revenue Service (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre CCA Senior Care Options (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) (Medicaid), y su membresía en este plan. También le informa qué puede esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan.....	8
B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)	8
B1. Medicare	8
B2. MassHealth (Medicaid)	8
C. Ventajas de nuestro plan.....	9
D. Área de servicio de nuestro plan.....	10
E. ¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan?	10
F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud.....	11
G. Su equipo de atención y su plan de atención.....	12
G1. Equipo de atención.....	12
G2. Plan de atención.....	12
H. Resumen de costos importantes.....	13
H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare	13
I. Este <i>Manual para miembros</i>	13
J. Otra información importante que recibirá de nosotros	14
J1. Su tarjeta de identificación de miembro	14
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	15
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	16

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



J4. La <i>Explicación de beneficios</i>	16
K. Mantener actualizado el registro centralizado de inscritos.....	17
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).....	18

A. Bienvenido a nuestro plan

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

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

B. Información sobre Medicare y MassHealth (Medicaid)

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. MassHealth (Medicaid)

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

Cada estado decide lo siguiente:

- qué se considera ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- cuál es el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo ejecutar los programas, siempre y cuando cumplan las reglas federales.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Medicare y Commonwealth of Massachusetts aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan siempre que:

- usted sea elegible para participar en SCO;
- ofrezcamos el plan en su condado **y**
- Medicare y Commonwealth of Massachusetts nos permitan seguir ofreciendo este plan.

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

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y MassHealth (Medicaid) de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No debe pagar nada para unirse a este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medicaid se articulen mejor y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Puede abordar con nosotros la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a conformar. Su equipo de atención puede incluirlo a usted mismo, a su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tienes acceso a un coordinador de atención. Es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Tiene acceso a un coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC). Es una persona que le ayudará a encontrar y obtener servicios comunitarios de apoyo social y atención a largo plazo.
 - Tanto el coordinador de atención como GSSC trabajan con su equipo de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda del equipo el coordinador de atención.
- El equipo y el coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
 - Sus médicos conocen todos los medicamentos que usted toma para poder asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y reducir cualquier efecto secundario que estos puedan tener.
 - Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.

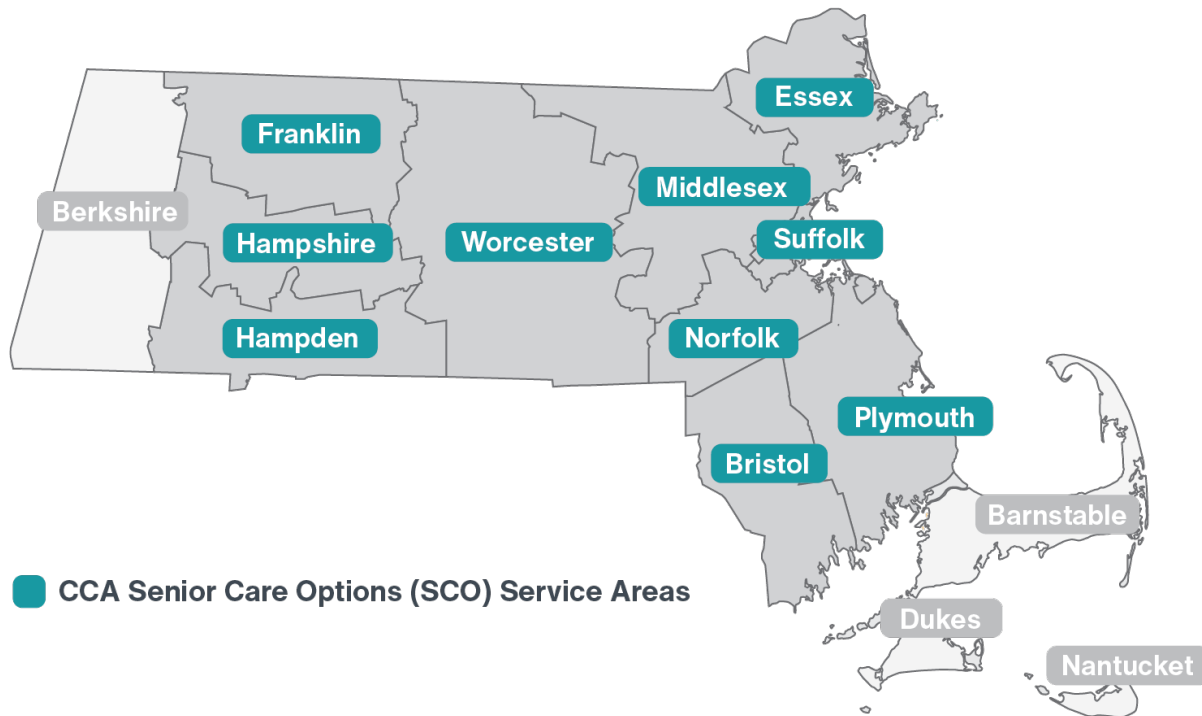


D. Área de servicio de nuestro plan

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

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio.

Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.



E. ¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre que cumpla con lo siguiente:

- vivir en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella), **y**
- tener la Parte A y la Parte B de Medicare, **y**
- ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos, **y**
- actualmente cumplir con los requisitos para MassHealth Standard, **y**
- no estar inscrito en el programa MassHealth (Medicaid) Home and Community-based Services (HCBS) Waiver, **y**
- no tener otro seguro médico.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Si deja de tener elegibilidad para MassHealth (Medicaid) pero es posible que la recupere dentro de un mes, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage durante este período de un mes. Sin embargo, durante el tiempo en el que se haya perdido la elegibilidad para Medicaid, no continuaremos cubriendo los beneficios de MassHealth (Medicaid) que están incluidos en el plan estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos por los cuales el estado de otra manera sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. Los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período. Si recupera la elegibilidad para Medicaid durante este período de un mes, entonces seguirá siendo elegible para nuestro plan y todos los beneficios de Medicaid, incluida la cobertura estatal de las primas de Medicare y los costos compartidos, que se reanudarán a partir del primer mes en el que se haya restablecido la cobertura de Medicaid. En la **Sección C del Capítulo 4**, se le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante este período.

Para obtener más información, llame a Servicios al miembro.

F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos de salud (HRA), también conocida como “Evaluación integral”, en los 90 días posteriores a su inscripción en el plan.

Debemos realizar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales. La HRA también incluirá lo siguiente:

- Una evaluación médica de su estado de salud, incluidos los servicios actuales y las necesidades inmediatas, las afecciones de salud, los medicamentos y el historial médico pasado que contiene el estado funcional y el bienestar físico
- Información social y de estilo de vida, incluidos los requisitos de accesibilidad, las necesidades de equipo y las consideraciones ambientales, una evaluación de su necesidad de servicios y apoyos de atención a largo plazo, incluida la evaluación de sus necesidades para ayudarlo a vivir de manera independiente o segura en la comunidad y a comprender qué opciones de servicios y apoyos a largo plazo pueden ser mejores para usted
- Preferencias y objetivos
- Otros temas relacionados con nuestra conversación

Nos comunicamos con usted para realizar la HRA. Podemos realizar la HRA mediante una visita presencial en el lugar que elija, una llamada telefónica o una consulta virtual.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan nuevo para usted, puede seguir asistiendo a sus médicos y recibiendo sus servicios actuales por 90 días o hasta que su HRA y su plan de atención individualizado (ICP) estén completos. Esto se denomina período de continuidad de la atención. Si está tomando algún medicamento de la Parte D de Medicare

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



cuando se une a nuestro plan, puede obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a realizar la transición a otro medicamento si es necesario.

Después de los primeros 90 días, necesitará utilizar médicos y otros proveedores de la red de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el **Capítulo 3**, Sección D para obtener más información sobre cómo recibir atención de las redes de proveedores.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención

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

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a gestionar la atención que necesita y desea. Obtiene un coordinador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo deriva a otros recursos comunitarios que probablemente nuestro plan no ofrece y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre el coordinador de atención y el equipo de atención.

G2. Plan de atención

El equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye los servicios y apoyos médicos, de salud conductual y a largo plazo.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- Si lo desea, aportes de su familia, amigos y defensores.
- Los servicios que necesita para su salud física y conductual y servicios y apoyos a largo plazo.
- La lista de objetivos de salud, vida independiente y recuperación, así como cualquier inquietud que pueda tener y las acciones necesarias para abordarlas. **Y**
- Un cronograma para obtener los servicios que necesita.

El equipo de atención se reunirá con usted después de la HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre servicios que tal vez quiera considerar recibir. El plan de atención se desarrolla en función de sus necesidades y objetivos. Usted estará en el centro del proceso de elaboración del plan de atención.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Cada año, el equipo de atención trabajará con usted para actualizar el plan de atención en caso de que haya un cambio en los servicios de salud que necesita y desea. El plan de atención también puede actualizarse a medida que sus objetivos o necesidades cambien durante el año.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene primas.

Los costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H1**)

No pagará ninguna prima mensual a CCA Senior Care Options por su cobertura de salud. Si abona una prima a MassHealth (Medicaid) por MassHealth Standard, debe seguir pagándola a MassHealth (Medicaid) para mantener la cobertura. Es posible que los miembros que ingresan a un centro de atención de enfermería tengan que abonar un monto pagado por el paciente para mantener la cobertura de MassHealth (Medicaid). El monto pagado por el paciente es la contribución del miembro al costo de la atención en el centro. MassHealth (Medicaid) le enviará un aviso detallado si se espera que usted abone un monto pagado por el paciente.

H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección E anteriormente, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener la Parte A y B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A de Medicare (si no califica de forma automática) y la de la Parte B.

Si Medicaid no abona sus primas de Medicare, debe continuar pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima para la Parte B de Medicare. **Además, comuníquese con Servicios al miembro o con su coordinador de atención e infórmeles sobre este cambio.**

I. Este *Manual para miembros*

Este *Manual para miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si considera que hicimos algo que infringe estas reglas, probablemente, pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Puede solicitar un *Manual para miembros* si llama a Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página. También puede consultar el *Manual para miembros* que se encuentra en nuestro sitio web.

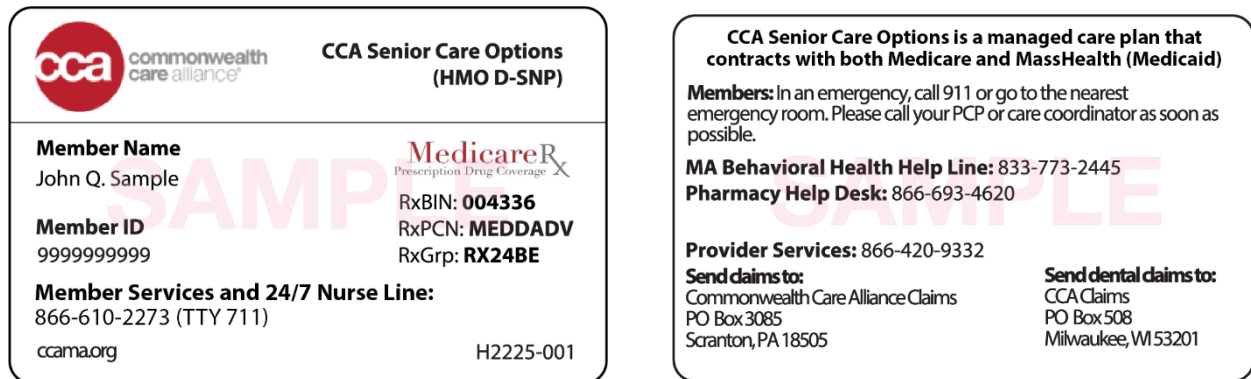
El contrato estará vigente durante los meses que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

J. Otra información importante que recibirá de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro., información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias*, una Lista de equipo médico duradero (DME) e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos* o *Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Con nuestro plan, tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid), incluidos LTSS, ciertos servicios de salud conductual y recetas. Muestra esta tarjeta cuando recibe cualquier servicio o receta. A continuación, se muestra un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:



Si la tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro al número que aparece al final de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la de MassHealth (Medicaid) para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturar a

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Medicare en lugar de a nuestro plan y es posible que usted reciba una factura. Es posible que le pidan que muestre la tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios o de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

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

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en forma electrónica o impresa) si llama a Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página. Las solicitudes de copias impresas del Directorio proveedores y farmacias se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que aparece al final de la página.

Tanto Servicios al miembro como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre nuestros proveedores de la red, proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, proveedores de equipos médicos duraderos, farmacias de la red, centros de enfermería especializada y otros proveedores.

Nota: En los primeros 90 días con nuestro plan o hasta que se complete su plan de atención personalizado, puede seguir consultando a sus proveedores actuales, sin costo, si no son parte de nuestra red. Este período se denomina continuidad de la atención (COC). Durante el período de COC, su coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores de nuestra red. Después del período de COC, ya no cubriremos su atención si decide consultar a proveedores fuera de la red.

Definición de proveedores de red

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

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



Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.
- Salvo en una emergencia, debe surtir las recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Llame a Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página para obtener más información. Tanto Servicios al miembro como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestras farmacias y proveedores de la red.

Lista de equipos médicos duraderos (DME)

Incluimos nuestra Lista de DME con este *Manual para miembros*. Esta lista le indica las marcas y los fabricantes de DME que incluimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en la dirección que aparece al final de la página. Consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los DME.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La denominamos *Lista de medicamentos* para abreviarla. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Con la ayuda de médicos y farmacéuticos, nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en el Medicare Drug Price Negotiation Program se incluirán en la *Lista de medicamentos* a menos que se hayan quitado y reemplazado como se indica en el **Capítulo 5, Sección E**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos de CCA Senior Care Options* (HMO D-SNP).

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

Cada año le enviamos información sobre cómo acceder la *Lista de medicamentos*, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios al miembro o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece al final de la página.

J4. La Explicación de beneficios

Cuando utiliza los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de los medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (EOB).



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

También puedes solicitar una EOB. Para recibir una copia, comuníquese con Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página.

K. Mantener actualizado el registro centralizado de inscritos

Puede mantener actualizado el registro centralizado de inscritos si nos avisa cuando cambie su información.

Necesitamos estos datos para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro centralizado de inscritos para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos inmediatamente sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el de su cónyuge o pareja de hecho, o la compensación laboral.
- Cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Ingreso a un centro de enfermería u hospital.
- Atención de un hospital o sala de emergencias.
- Cambios de cuidador (o cualquier persona responsable de usted). **Y**
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna información cambia, llame a Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



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

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



Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

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



Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.

Índice

A. Servicios al miembro	21
B. Su coordinador de atención	24
C. SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone)	25
D. Quality Improvement Organization (QIO)	26
E. Medicare	27
F. MassHealth (Medicaid)	29
G. Ombudsman	30
H. Programa Ombudsman para Cuidados a Largo Plazo	31
I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos	32
I1. Extra Help de Medicare	32
J. Social Security	33
K. Railroad Retirement Board (RRB)	34



A. Servicios al miembro

LLAME AL	866-610-2273. Esta llamada es gratuita. Días y horario de atención de 8 am a 8 pm, los 7 días a la semana. Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.
FAX	617-426-1311
ESCRIBA A	Commonwealth Care Alliance, Inc. Attn: Member Services Department 2 Avenue de Lafayette, 5 th Floor Boston, MA 02111
SITIO WEB	www.ccama.org

Comuníquese con Servicios al miembro para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamaciones o facturación
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos ○
 - la cantidad que pagamos por los servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura respecto a su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.



Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.

- apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de solicitarnos que la cambiemos si considera que cometimos un error o si no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* o comuníquese con Servicios al miembro.
- Reclamaciones sobre su atención médica
 - Puede presentar una reclamación sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor que pertenezca a la red o no). Un proveedor de red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una reclamación ante nosotros o ante Quality Improvement Organization (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección D**).
 - Puede llamarnos y explicarnos la reclamación al 866-610-2273.
 - Si su reclamación es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una reclamación sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - También puede llamar a My Ombudsman para obtener ayuda con **cualquier** reclamación o para presentar una apelación. (Consulte la **Sección G** para obtener la información de contacto de My Ombudsman).
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación por su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos o
 - el monto que pagamos por sus medicamentos.



- Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D de Medicare, medicamentos con receta de MassHealth (Medicaid) y medicamentos de venta libre de MassHealth (Medicaid).
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de los medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- reclamaciones sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una reclamación sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una reclamación sobre los medicamentos.
 - Si la reclamación es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una reclamación sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación respecto a sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- pago por atención médica o medicamentos que ya abonó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.



B. Su coordinador de atención

Un coordinador de atención es la persona que trabaja con usted, el plan de salud y su equipo de atención para asegurarse de que recibe la atención que necesita. Cuando se convierta en miembro de nuestro plan, se le asignará un coordinador de atención. Consulte el Capítulo 3, Sección C para obtener más información sobre los coordinadores de atención y cómo puede cambiarlo si no es el adecuado para usted.

LLAME AL	866-610-2273. Esta llamada es gratuita. De 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.
FAX	617-426-1311
ESCRIBA A	Commonwealth Care Alliance, Inc. Attn: Member Services Department 2 Avenue de Lafayette, 5 th Floor Boston, MA 02111
SITIO WEB	www.ccama.org

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

- Preguntas sobre atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
- Preguntas sobre transporte
- Preguntas sobre cómo obtener servicios médicos y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- Preguntas sobre cómo obtener ayuda con la alimentación, la vivienda, el empleo y otras necesidades sociales relacionadas con la salud
- Preguntas sobre el plan de atención
- Preguntas sobre las aprobaciones de servicios solicitados por sus proveedores

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Preguntas sobre los beneficios de los Servicios cubiertos flexibles y cómo se pueden solicitar

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

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

SHINE es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

LLAME AL	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-439-2370 <i>(solo Massachusetts)</i> Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Es necesario disponer de un equipo telefónico especial para poder llamar.
ESCRIBA A	Llame al número anterior para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Comuníquese con SHINE para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre Medicare
- Los asesores de SHINE pueden responder preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarlo a hacer lo siguiente:
 - entender sus derechos,
 - entender sus opciones de plan,
 - responder preguntas sobre el cambio de planes,
 - presentar reclamaciones sobre su atención médica o tratamiento, y
 - solucionar los problemas con las facturas.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



D. Quality Improvement Organization (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Acentra Health. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-319-8452
TTY	711
ESCRIBA A	Acentra Health QIO 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com/

Comuníquese con Acentra Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Presentar una reclamación sobre la atención que recibió si:
 - Tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir la medicación equivocada, realizar pruebas o procedimientos innecesarios u obtener un diagnóstico erróneo.
 - Considera que recibe el alta demasiado pronto.
 - Considera que sus servicios de atención médica a domicilio, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



E. 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 Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS. Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Es necesario disponer de un equipo telefónico especial para poder llamar.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



SITIO WEB

www.medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos los costos y servicios que brindan.
- Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica.
- Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Para presentar una reclamación ante Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint Medicare toma sus reclamaciones en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.



F. MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid de Massachusetts) ayuda con servicios médicos y de largo plazo y cubre los costos para personas con ingresos y recursos limitados.

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

LLAME AL	1-800-841-2900
TTY	711
ESCRIBA A	MassHealth (Medicaid) Customer Service 55 Summer Street Boston, MA 02110
CORREO ELECTRÓNICO	membersupport@mahealth.net
SITIO WEB	www.mass.gov/MassHealth (Medicaid)



G. Ombudsman

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

- Puede responder sus preguntas o remitirlo al lugar adecuado para que encuentre lo que necesita.
- Puede ayudarle a solucionar un problema o inquietud con SCO o su plan SCO, CCA Senior Care Options. El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el asunto y analizará con usted las opciones para ayudarlo a solucionar el problema.
- Ayuda con apelaciones. Una apelación es una forma formal de solicitarle a su plan SCO, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué debe esperar durante el proceso de apelación.
- Puedes llamar o escribir a My Ombudsman. Consulte el sitio web de My Ombudsman o comuníquese con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación y el horario de atención.

LLAME AL	1-855-781-9898 (Llamada gratuita)
MassRelay y videollamada (VP)	Use el número 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Videollamada (VP): 339-224-6831 Este número es para personas sordas o con problemas auditivos.
ESCRIBA A	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4 th floor Boston, MA 02111
CORREO ELECTRÓNICO	info@myombudsman.org
SITIO WEB	www.myombudsman.org

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



H. Programa Ombudsman para Cuidados a Largo Plazo

El Programa Ombudsman para Cuidados a Largo Plazo ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

El Programa Ombudsman para Cuidados a Largo Plazo no está conectado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	617-222-7495
-----------------	--------------



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

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

I1. Extra Help de Medicare

Como es elegible para Medicaid, califica y recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos. No debe hacer nada para obtener esta “Extra Help”.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Es necesario disponer de un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



J. Social Security

Social Security determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción a Medicare.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con Social Security para informarles.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Es necesario disponer de un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov



K. Railroad Retirement Board (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de RRB, infórmele si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de RRB de 9 am a 3:30 pm; los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9 am a 12 pm, los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultad para escuchar o hablar. Es necesario disponer de un equipo telefónico especial para poder llamar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



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

Introducción

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

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores.....	37
B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	37
C. Su coordinador de atención	39
C1. ¿Qué es un coordinador de atención?	39
C2. Cómo puede comunicarse con el coordinador de atención.....	39
C3. Cómo puede cambiar el coordinador de atención	40
D. Atención de los proveedores.....	40
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	40
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	42
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan	43
D4. Proveedores fuera de la red	44
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	45
F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	46
G. Cómo obtener atención autogestionada	46
G1. ¿Qué es el cuidado autogestionado?.....	46



G2. ¿Quién puede recibir cuidado autogestionado?.....	47
G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal (si corresponde).....	47
G4. Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos escritos a los participantes del equipo de atención que el miembro identifica	47
H. Servicios de transporte.....	47
I. Servicios dentales y de la vista	48
J. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesita con urgencia, o durante un desastre	48
J1. Atención en una emergencia médica	48
J2. Atención de urgencia.....	51
J3. Atención durante un desastre.....	52
K. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos?	52
K1. ¿Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios?	53
L. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica.....	53
L1. Definición de un estudio de investigación clínica	53
L2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	54
L3. Más información sobre estudios de investigación clínica.....	54
M. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	54
M1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	54
M2. Atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica	55
N. Equipo médico duradero (DME).....	55
N1. DME como miembro de nuestro plan	55
N2. Propiedad de equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare	56
N3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	57
N4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).....	57



A. Información sobre servicios y proveedores

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

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención y están autorizados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipos médicos y ciertos LTSS.

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

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

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

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

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Por médicamente necesario, queremos decir que los servicios son razonables y necesarios:
 - para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión o
 - para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada o
 - que sea de alguna otra manera médicamente necesario según la ley de Medicare
- De acuerdo con la ley y la reglamentación de Medicaid y según MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios si:
 - podrían estimarse razonablemente para prevenir, diagnosticar, aliviar, corregir, curar o evitar el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro su vida, le generan sufrimiento o dolor, causan deformidad o mal funcionamiento físico, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultan en una enfermedad o dolencia; y

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- no hay ningún otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, que funcione tan bien y que sea adecuado para usted y que sea menos costoso. La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha necesidad y calidad médica.
- Si tiene preguntas sobre si un servicio es médicamente necesario o no, puede comunicarse con Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Para recibir servicios médicos, debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación antes de poder utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores en la red de nuestro plan. Esto se llama **autorización previa**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
 - No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia, ni para utilizar un proveedor de salud para la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
- **Debe recibir atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. A continuación, se presentan algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I** de este capítulo).
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener la aprobación con anticipación (autorización previa) de nuestro plan antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos la atención sin ningún costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicio de nuestro plan por un período corto o cuando su proveedor no está disponible temporalmente o no es accesible.



C. Su coordinador de atención

Su equipo de atención de CCA incluirá un coordinador de atención, quien puede ayudarle a comprender y utilizar sus beneficios. Este coordinador de atención actuará como su contacto diario en CCA y lo conocerá a usted y a sus necesidades específicas. Ellos abogarán por usted y le ayudarán a seguir adelante con su plan de atención.

C1. ¿Qué es un coordinador de atención?

Su coordinador de atención le ayudará con lo siguiente:

- Comprender y acceder a sus beneficios.
- Cumplir con su plan de atención.
- Conectarse con recursos comunitarios y programas de apoyo social, como apoyo para la vivienda y la alimentación.

Su coordinador de atención trabaja con otros proveedores de su equipo. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- Enfermero
- Profesional clínico de práctica avanzada
- Proveedor de atención primaria y especialistas
- GSSC
- Entre otros

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

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

Los GSSC no trabajan para los planes SCO. Proviene de puntos de acceso a servicios para adultos mayores (ASAP) y son expertos en áreas como vida independiente, recuperación y envejecimiento. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarlo a abogar por sus necesidades.

Puede elegir que un GSSC trabaje con usted como miembro pleno del equipo de atención en cualquier momento. Este es un servicio gratuito para usted.

C2. Cómo puede comunicarse con el coordinador de atención

Si necesita comunicarse con su coordinador de atención o de apoyo a largo plazo (LTS), llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.



C3. Cómo puede cambiar el coordinador de atención

Puede solicitar un cambio del coordinador de atención si no es adecuado para usted. Si necesita más información o ayuda para cambiar el coordinador de atención, llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.

D. Atención de los proveedores

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

Debe elegir un PCP para que le brinde y administre su atención.

Definición de PCP y qué hace por usted

El proveedor de atención primaria (PCP) es el médico u otro proveedor que usted utiliza primero para la mayoría de los problemas de salud. Se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Trabajarán con el equipo de atención. También pueden hablar con otros médicos y proveedores sobre su atención y remitirlo a ellos.

Nuestro plan contrata a proveedores de atención primaria que conocen su comunidad y que desarrollaron relaciones de trabajo con especialistas, hospitales, proveedores comunitarios de atención a domicilio y centros de enfermería especializada en su área. Estos pueden incluir Rural Health Centers (RHC) y Federally Qualified Health Centers (FQHC) enumerados en nuestra red.

Su PCP puede ser un médico de atención primaria autorizado, un profesional en enfermería, un auxiliar médico o un especialista en salud de la mujer que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica integral. El papel de un PCP

- **Coordinar los servicios cubiertos** El PCP, junto con los demás miembros del equipo de atención, es responsable de la coordinación de toda su atención médica. El equipo de atención puede estar formado por el PCP, coordinador de atención, coordinador de servicios a largo plazo (coordinador de LTS o LTSC) y otros, si es necesario.

Ayudar a tomar decisiones sobre la autorización previa (aprobación antes de poder recibir un servicio) Se requiere aprobación con anticipación (autorización previa) de CCA Senior Care Options para ciertos servicios antes de recibirlos. El PCP trabaja en estrecha colaboración con Commonwealth Care Alliance para organizar estos servicios cuando sea necesario. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa, consulte las Tablas de beneficios del Capítulo 4, Sección D. Si bien algunos servicios no requieren autorización previa, siempre le recomendamos que hable con el PCP y el equipo de atención para asegurarse de recibir todos los servicios adecuados.

Una vez inscrito, el coordinador de atención, el PCP y cualquier otra persona que usted elija para que participe como parte del equipo de atención, como un cuidador, trabajarán con usted para desarrollar un **plan de atención individualizado (ICP)** para abordar sus necesidades de salud y apoyo, que refleje sus necesidades y objetivos personales. Usted y su equipo de atención reevaluarán sus necesidades al menos una vez al año, pero con mayor frecuencia si

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



es necesario. El coordinador de atención siempre se comunicará con usted para confirmar cualquier cambio. Una clínica puede ser su proveedor de atención primaria si recibe atención en un Rural Health Center (RHC) o Federally-Qualified Health Center (FQHC).

Su elección de PCP

Cada uno de nuestros miembros debe tener un proveedor de atención primaria (PCP) que tenga un contrato con nuestro plan. El PCP que usted elija puede ser un médico de atención primaria autorizado, un enfermero especializado, un asistente médico o un especialista en salud de la mujer. Durante los primeros 90 días en nuestro plan, un especialista en inscripción trabajará con usted para elegir un PCP si no tiene uno. Si no identifica un PCP actual o no selecciona un PCP en los 90 días posteriores a la inscripción, le asignaremos un PCP. Puede llamar a Servicios al miembro si necesita más información o desea cambiar su PCP al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.

Opción para cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarle a encontrar uno nuevo en nuestra red.

Los coordinadores de atención y nuestros representantes de Servicios al miembro informan y guían a los afiliados para elegir PCP nuevos o diferentes que mejor se adapten a sus preferencias (por ejemplo, citas fuera del horario laboral, idioma, accesibilidad). Las selecciones o cambios de PCP entran en vigor el primer día del mes de la fecha de la solicitud.

Si su PCP deja nuestra red, se lo informaremos por correo o teléfono. Su coordinador de atención y Servicios al miembro le ayudarán a elegir otro PCP para que pueda continuar recibiendo los servicios cubiertos. Para obtener más información o ayuda, llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.

Servicios que puedes recibir sin la aprobación del PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación del PCP antes de utilizar otros proveedores. Esta aprobación se llama **remisión**. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero la aprobación del PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Servicios cubiertos que se necesitan con urgencia y que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, por cuestiones de tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los controles anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios al miembro antes de abandonar el área de servicio. Podemos ayudarlo a recibir diálisis mientras está fuera.
- Vacunas contra la gripe y la COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de atención médica de rutina para las mujeres y planificación familiar. Esto incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Además, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para la población amerindia, puede utilizar estos proveedores sin una remisión.

Si no está seguro de necesitar una remisión para obtener un servicio o utilizar otro proveedor, consulte al coordinador de atención, PCP o llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen problemas cardíacos.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Los proveedores de atención primaria (PCP) tienen ciertos especialistas que utilizan para remisiones. Sin embargo, usted tiene cobertura para acudir a cualquier especialista que forme parte de nuestra red. Si desea consultar con especialistas específicos, debe preguntarle a PCP si trabaja con esos especialistas y si están en nuestra red. Puede cambiar su PCP dentro de nuestra red si desea consultar a un especialista al que el PCP actual no puede remitirlo. Para obtener más información sobre cómo cambiar su PCP, consulte la sección Cómo cambiar de PCP más arriba en este capítulo. También puede llamar a Servicios al miembro si necesita más información o ayuda.

Nuestro plan tiene contratos con ciertos centros que brindan atención aguda, crónica y de rehabilitación. Como miembro de nuestro plan, será remitido a hospitales contratados en los que su PCP tiene privilegios de admisión. Usted debería conocer estos centros y, por lo general, se encuentran en su comunidad. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias en www.ccama.org para encontrar centros de la red del plan.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) y un equipo de atención que brinda y supervisa su atención. El equipo de atención trabajará con usted y sus especialistas para asegurarse de que reciba los servicios que necesita.

Se requiere autorización previa (aprobación con anticipación) de nuestro plan para ciertos servicios antes de recibirlos. Su PCP/equipo de atención trabaja de cerca con nuestro plan para coordinar estos servicios cuando es necesario. Para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa, consulte las Tablas de beneficios del Capítulo 4, Sección D. Si bien algunos servicios no requieren autorización previa, siempre le recomendamos que hable con el PCP y el equipo de atención para asegurarse de recibir todos los servicios adecuados.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Es posible que un proveedor de red que usted utiliza abandone nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si realizó una consulta a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si realizó una consulta en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado accesible para usted, debemos articular con un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer su necesidad médicas. La atención que recibe de proveedores fuera de la red debe tener autorización previa de nuestro plan antes de buscar atención.



- Si descubre que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, contáctenos. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si considera que no reemplazamos a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una reclamación sobre la calidad de la atención ante Quality Improvement Organization (QIO), una queja por la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Debe recibir su atención de proveedores de la red. Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan. Estas son algunas excepciones que debe tener en cuenta:

- El plan cubre atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red en cualquier lugar de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información sobre lo que significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección I de este capítulo.
- Si necesita atención que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proporcionársela, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. La atención que recibe de proveedores fuera de la red debe tener autorización previa de nuestro plan antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos la atención sin costo alguno para usted.
- El plan cubre atención fuera de la red en circunstancias inusuales. La atención que recibe de proveedores fuera de la red debe tener autorización previa de nuestro plan antes de buscar atención. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Si no obtiene la autorización por adelantado para recibir atención fuera de la red, usted será responsable del pago del servicio. Algunos ejemplos de circunstancias inusuales que podrían hacer que busque atención fuera de la red son los siguientes:
 - Tiene una afección médica única y los servicios no están disponibles de proveedores de la red.
 - Los servicios están disponibles en la red, pero no están disponibles en el momento oportuno según lo requiera su afección médica.
 - Su PCP o equipo de atención determina que un proveedor fuera de la red puede brindar mejor el servicio o que la transición a otro proveedor podría poner en peligro su vida, causar sufrimiento o dolor o alterar significativamente el curso actual del tratamiento.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan por un período corto. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.



- Si necesita servicios de planificación familiar, puede recibirlos de cualquier proveedor de la red o de cualquier proveedor de servicios de planificación familiar contratado por MassHealth (Medicaid).
- Cuando se une por primera vez al plan, puede seguir viendo a los proveedores que visita actualmente durante 90 días o hasta que se realice el plan de atención individualizado (ICP). Durante los 90 días o hasta que se realice la evaluación y el plan de atención individualizado (ICP), CCA Senior Care Options se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Después de 90 días o cuando se completen la evaluación y el plan de atención individualizado (ICP), ya no cubriremos la atención brindada por proveedores fuera de la red a menos que acordemos hacerlo por un período más largo.

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

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

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Todas las personas que se inscriben en un plan de Senior Care Options también tiene derecho a tener un coordinador de apoyo a largo plazo (LTS) independiente en el equipo de atención. Un coordinador de LTS trabajará con usted como miembro de su equipo de atención para encontrar recursos y servicios en su comunidad que puedan apoyar sus objetivos de bienestar, independencia y recuperación. A veces, estos servicios se llaman servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Los coordinadores de LTS también pueden ayudarlo a acceder a los recursos y servicios de salud conductual. Los coordinadores de LTS no trabajan para los planes de Senior Care Options. Proviene de organizaciones comunitarias independientes y son expertos en áreas como la vida independiente, la recuperación y la tercera edad. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarlo a abogar por sus necesidades. Puede elegir que un coordinador de LTS trabaje con usted como miembro pleno de su equipo de atención en cualquier momento. Este es un servicio gratuito para usted. El coordinador de LTS puede ayudar a evaluar sus necesidades y hacer recomendaciones sobre cuáles podrían ser los mejores servicios y apoyos a largo plazo para usted. Dichos servicios podrían incluir, a modo de ejemplo, encargados de atención personal (PCA), servicios de limpieza, habilitación diurna, salud diurna para adultos, cuidado para adultos y cuidado para adultos grupal, apoyo de pares, transporte no médico y diversos tipos de apoyo. Su coordinador de LTS también se desempeñará como un defensor en su nombre cuando haga solicitudes a su socio en la atención para obtener la aprobación de servicios. Una vez que los servicios estén aprobados, su coordinador de LTS será el enlace entre usted, sus proveedores y su

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



equipo de atención para ayudar a coordinar y administrar su plan de atención personalizado (ICP). Los coordinadores de LTS trabajan para agencias comunitarias, como centros de vida independiente (ILC), centros de aprendizaje para la recuperación (RLC) y puntos de acceso a servicios para adultos mayores (ASAP). Una vez que se inscriba en CCA Senior Care Options, lo llamaremos para programar un horario para reunirnos y realizar una evaluación integral. Como parte de dicha evaluación, se le ofrecerá una remisión a un coordinador de LTS. En caso de que acepte la remisión, haremos las gestiones necesarias para que el coordinador de LTS se reúna con usted y lo ayude a evaluar sus necesidades de servicios y apoyos a largo plazo.

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

Los servicios de salud conductual son una amplia variedad de servicios que pueden ayudar con las necesidades de salud mental y de consumo de sustancias que pueda tener. Este apoyo se define en términos generales e incluye servicios de apoyo emocional, social, educativo, vocacional, de pares y de recuperación, además de servicios médicos o psiquiátricos más tradicionales. Estos servicios pueden brindarse en la comunidad o, cuando sea necesario, en su hogar, en un programa diurno o en otro lugar que sea más cómodo para usted.

Nuestro plan también cubre servicios de atención de salud conductual basados en la comunidad a los que MassHealth (Medicaid) denomina “servicios alternativos de salud conductual”. Estos son servicios que usted puede utilizar en lugar de ir al hospital o a un centro para algunas necesidades de salud conductual. Estos servicios también están disponibles para apoyar su transición exitosa del hospital a la comunidad.

Consulte las Tablas de beneficios del Capítulo 4, Sección D para obtener más información, una lista de servicios de salud conductual y de servicios alternativos cubiertos y requisitos de autorización previa.

G. Cómo obtener atención autogestionada

G1. ¿Qué es el cuidado autogestionado?

El cuidado autogestionado es una alternativa a los servicios prestados y administrados tradicionalmente que permite que las personas sean responsables de gestionar todos los aspectos de la prestación del servicio. El cuidado autogestionado reconoce que el individuo tiene conocimiento sobre sus propias necesidades de atención y que está capacitado y es responsable de su propia atención. Además, hace hincapié en el cambio ambiental y la calidad de vida. El cuidado autogestionado enfatiza la capacidad de usted, como consumidor, de hacer lo siguiente:

- Abogar por tus propias necesidades
- Tomar decisiones sobre qué servicios satisfarían mejor esas necesidades
- Monitorear la calidad de esos servicios

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



El modelo autogestionado para servicios de atención personal se denomina programa de asistente de cuidado personal (PCA). En este modelo, los asistentes de cuidado personal son reclutados, contratados, capacitados, supervisados y, si es necesario, despedidos por el consumidor. Con este modelo no tendrá que preocuparse por pagar las facturas usted mismo. CCA Senior Care Options lo hará por usted.

G2. ¿Quién puede recibir cuidado autogestionado?

Si cumple con la elegibilidad funcional y clínica para los servicios de cuidado personal, puede optar por autogestionar estos servicios a través del programa de asistente de cuidado personal (PCA). El equipo de atención aprobará la cantidad de servicios para los que usted es elegible y se basará en estándares coherentes con los criterios establecidos por las regulaciones de MassHealth (Medicaid). Las agencias de gestión de cuidados personales brindan apoyo y capacitación en habilidades, de acuerdo con el contrato con CCA Senior Care Options, para proporcionar información a los miembros sobre lo que implica la autogestión y para obtener todas las habilidades necesarias para gestionar sus propios servicios, incluido el reclutamiento, la contratación, la capacitación, la supervisión y el despido de asistentes de cuidado personal. CCA Senior Care Options trabajará con el “intermediario fiscal” para pagar las facturas de estos servicios según el plan. En el cuidado autogestionado, usted no tiene que encargarse del pago.

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

Puede pedirle al coordinador de atención o coordinador de LTS que le ayude a acceder a recursos para emplear asistentes de cuidado personal. Lo pondrán en contacto con una agencia de gestión de cuidado personal que puede brindarle capacitación en habilidades para ayudarle con las funciones laborales. La agencia de gestión de cuidado personal trabajará con usted para desarrollar las habilidades necesarias para supervisar el empleo de asistentes de cuidado personal y participar en la resolución colaborativa de problemas.

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

Para obtener más información, llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.

H. Servicios de transporte

El plan cubre transporte de emergencia y no emergencia. Debe utilizar un proveedor dentro de la red para el transporte que no sea de emergencia. Excepto en caso de emergencia, las solicitudes de transporte que no sea de emergencia deben realizarse con al menos 2 días hábiles de anticipación, sin contar el día de la llamada. Para solicitar viajes de transporte que no sean de emergencia, comuníquese con Coordinated Transportation Solutions (CTS) al 855-204-1410 (TTY 711). Para obtener más información sobre los servicios de transporte de emergencia y no emergencia cubiertos por nuestro plan, consulte las secciones de Ambulancia y Transporte incluidas en el **Capítulo 4**.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



I. Servicios dentales y de la vista

Servicios de atención dental

Nuestro plan brinda acceso a beneficios dentales que incluyen atención médica bucal preventiva, restaurativa y de emergencia. Su cobertura incluye hasta cuatro (4) limpiezas y dos (2) radiografías de aleta de mordida de rutina cada año calendario. Debe acudir a un proveedor dental de la red para todos los servicios dentales cubiertos. Algunos servicios pueden requerir aprobación con anticipación (autorización previa) por parte de CCA Senior Care Options. El dentista deberá enviar una autorización previa directamente a Skygen, nuestro administrador de beneficios dentales. Si tiene preguntas sobre atención dental, llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Para encontrar un proveedor dental participante, utilice nuestro Directorio de proveedores y farmacias en nuestro sitio web en www.ccama.org.

Servicios de la vista

Cubrimos exámenes de la vista de rutina para miembros una vez por año calendario realizados por oftalmólogos u optometristas que forman parte de la red EyeMed. También cubrimos un par de anteojos, incluidos lentes, lentes de contacto y actualizaciones hasta un total combinado de \$300 cada año calendario. Una vez que haya recibido un examen de la vista de un proveedor, lleve la receta de visión a un proveedor participante de EyeMed.

Para encontrar un proveedor participante de EyeMed, visite eyemedvisioncare.com y luego haga clic en la sección “Miembros”. También puede llamar a EyeMed al 1-877-493-4586 (TTY 711) de 8 am a 8 pm, de lunes a domingo para obtener más información.

Cubrimos exámenes de la vista de rutina para miembros una vez por año calendario realizados por oftalmólogos u optometristas que forman parte de la red EyeMed. También cubrimos un par de anteojos, incluidos lentes, lentes de contacto y actualizaciones hasta una asignación combinada de \$300 cada año calendario. Una vez que haya recibido un examen de la vista de un proveedor, lleve la receta de visión a un proveedor participante de EyeMed. Para encontrar un proveedor participante de EyeMed, visite eyemedvisioncare.com y luego haga clic en la sección “Miembros”. También puede llamar a EyeMed al 1-877-493-4586 (TTY 711) para obtener más información.

J. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesita con urgencia, o durante un desastre

J1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar las siguientes consecuencias:

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



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

Si tiene una emergencia médica, debe realizar lo siguiente:

- **Conseguir ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o utilice la sala de emergencias o el hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. **No** son necesarias una aprobación o remisión de su PCP. No es necesario utilizar un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Lo antes posible, informe a nuestro plan sobre su emergencia.** Haremos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Sin embargo, no pagará los servicios de emergencia si demora en informarnos. Llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Usted puede obtener atención de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan también cubre los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia y la atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, hasta cien mil dólares (\$100,000) por año calendario. Nuestro 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. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado. Continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para planificar si necesita atención de seguimiento para mejorar.

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

Una vez que haya pasado la emergencia, usted tiene derecho a recibir servicios posteriores a la estabilización y atención de seguimiento para asegurarse de que su condición permanezca estable o para mejorarla o resolverla. Esto puede requerir atención adicional en un hospital como paciente internado, en un entorno ambulatorio, en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación. Estamos obligados a responder a las solicitudes de aprobación para la atención posterior a la estabilización en una hora desde la solicitud. Nuestro plan

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



cubrirá la atención de seguimiento adecuada y estamos disponibles para consultar con los proveedores de atención médica tratantes y con el equipo de atención para determinar los próximos pasos apropiados en el tratamiento. 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. Nuestro objetivo es garantizar que sus necesidades de atención durante el período posterior a la estabilización no se vean interrumpidas por los requisitos de autorización.

Nuestro plan también cubre los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia y la atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, hasta cien mil dólares (\$100,000) por año calendario. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

¿Qué puede hacer si tiene una emergencia de salud conductual?

- Las emergencias de salud conductual incluyen sentimientos de querer hacerse daño a uno mismo o a otra persona. Si está experimentando una emergencia de salud conductual, puede llamar al 911 para obtener ayuda o ir a la sala de emergencias del hospital más cercano, como es el caso de las emergencias médicas.
- Massachusetts Behavioral Health Help Line (BHHL) está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana para conectarlo con atención de salud conductual. Llame o envíe un mensaje de texto y un profesional autorizado le responderá de inmediato, evaluará su situación y le conectará directamente con la ayuda que necesita, todo gratis. Llame o envíe un mensaje de texto al 833-773-2445. Visite el sitio web de BHHL en www.masshelpline.com. También puede llamar a Emergency Services Program – NAMI Massachusetts al 617-704-6264 de lunes a viernes, de 10 am a 6 pm, o visitar namimass.org.
- También tiene la opción de llamar al programa de servicio de emergencia psiquiátrica que se encuentre en su área. Muchas personas en todo el estado usaron este servicio en lugar de ir a la sala de emergencias de un hospital y consideran que es una mejor opción. En algunas situaciones, aunque no en todas, el personal del programa de servicios de emergencia puede ir a su casa o verlo en un sitio de atención de urgencia designado.

CCA Senior Care Options también cuenta con un especialista en salud conductual de guardia las 24 horas en caso de que necesite apoyo o recursos para síntomas de salud conductual o consumo de sustancias. Llame a la Línea de asesoramiento de enfermería al 866-610-2273 (TTY 711) para hablar con nuestro especialista en salud conductual, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Recibir atención de emergencia si no fue una emergencia

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Usted puede acudir a atención de emergencia y el médico le dice que en realidad no fue una

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



emergencia. Siempre que usted considere razonablemente que su salud está en grave peligro, cubrimos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubrimos la atención adicional solo en los siguientes casos:

- Utiliza un proveedor de red.
- La atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

J2. Atención de urgencia

La atención de urgencia es la que recibe para una situación que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, puede sufrir un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia solo en las siguientes situaciones:

- Usted recibe esta atención de un proveedor de la red.
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable llegar a un proveedor de la red, por cuestiones de tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Considere las siguientes opciones cuando necesite atención urgente:

1. Llame a su PCP. El PCP puede revisar su malestar y aconsejarle sobre qué hacer a continuación.
2. Busque centros de atención de urgencia cerca de su hogar. Algunos centros pueden tener visitas sin cita previa disponibles. Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia, llame a Servicios al miembro para obtener ayuda al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.
3. Llame a la Línea de asesoramiento de enfermería de CCA al 866-610-2273. Es su conexión las 24 horas, los 7 días de la semana con nuestro equipo clínico de enfermeros y especialistas en salud conductual siempre que tenga un problema de salud inesperado.
4. Hable con su equipo de atención de CCA. El equipo de atención está a disposición para apoyar sus necesidades de salud médica o conductual.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



5. Solicite una visita a domicilio de instED 24/7. InstED puede brindar servicios de atención de urgencia en la comodidad y conveniencia de su hogar. Cuando llame a instED, un enfermero revisará su malestar y coordinará una visita con un paramédico. Comuníquese con instED al 833-946-7833 o visite su sitio web en www.insted.us para solicitar una visita para sus necesidades de atención médica urgente.

Todas las consultas en el hogar y en el consultorio de urgencia y sintomáticas están disponibles en un plazo de 48 horas, por lo que se lo evaluará en el consultorio o en su hogar. Todas las consultas no sintomáticas en el consultorio están disponibles en un plazo de 30 días calendario.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

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

Nuestro plan también cubre los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia y la atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, hasta cien mil dólares (\$100,000) por año calendario. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

J3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, U.S. Secretary of Health and Human Services o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre declarado: www.ccama.org.

Durante un desastre declarado, si no puede utilizar un proveedor de la red, puede obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede obtener sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información.

K. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos?

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



Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.

No debería pagar la factura usted. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el dinero.

K1. ¿Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen como médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*), **y**
- que se obtienen siguiendo las reglas del plan.

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

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tienes derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

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

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios al miembro para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y cuánto de sus beneficios usó.

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

L1. Definición de un estudio de investigación clínica

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

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio sean de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de



pruebas (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos por Original Medicare, le recomendamos que usted o su coordinador de atención se comuniquen con Servicios al miembro para informarnos sobre su participación.

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

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

- habitación y comida por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención

Si participa en un estudio que Medicare **no** aprobó, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

L3. Más información sobre estudios de investigación clínica

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

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

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Este beneficio es solo para servicios de internación de la Parte A de Medicare (servicios de atención sanitaria no médica).

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

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

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que sea **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y sea requerido** por la ley 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:

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

No hay límite de cobertura para este beneficio. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria para pacientes internados, consulte las Tablas de beneficios del Capítulo 4, Sección D.

N. Equipo médico duradero (DME)

N1. DME como miembro de nuestro plan

DME incluye ciertos productos médicamente necesarios pedidos por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, suministros y equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre tiene algunos artículos de DME, como prótesis.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Debe alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, generalmente **no será** propietario de los DME alquilados, sin importar cuánto tiempo los alquile.

Hay algunos tipos de equipos en alquiler (con alquiler limitado) que pueden rentarse durante hasta 13 meses; después de ese período, el producto se considera propiedad del miembro. En esta sección analizamos situaciones en las que se alquilará o comprará DME para usted.

En Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser sus propietarios después de 13 meses.

Si su necesidad de equipo médico duradero es temporal, CCA Senior Care Options puede alquilar ciertos equipos médicos duraderos para uso a corto plazo. Sin embargo, usted puede adquirir la propiedad de un equipo médico duradero alquilado siempre que tenga una necesidad a largo plazo del producto y esté autorizado. No debe pagar nada por los servicios cubiertos, incluidos los equipos médicos duraderos. Pueden aplicarse normas de autorización. Consulte las Tablas de beneficios del Capítulo 4, Sección D para obtener más información sobre el equipo médico duradero. Llame a Servicios al miembro para conocer los requisitos al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Incluso si tuvo DME por hasta 12 meses consecutivos con Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

N2. Propiedad de equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser sus propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser propietarios.

Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos con Original Medicare, o tendrá que realizar la cantidad de pagos consecutivos establecida por el plan MA, para ser propietario del artículo DME en los siguientes casos:

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

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

- Tendrá que realizar 13 pagos nuevos consecutivos con Original Medicare o una cantidad de pagos nuevos consecutivos establecida por el plan MA para ser propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA



N3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

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

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

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

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

- Equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses
- Equipo y suministros de oxígeno por hasta 5 años si es médicamente necesario

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

- Su proveedor ya no tiene por qué proporcionárselo y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Su proveedor luego le proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Cada 5 años se inicia un nuevo ciclo siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

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



Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.

Índice

A. Sus servicios cubiertos.....	60
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios	60
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	60
D. Tabla de beneficios de nuestro plan	63
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	129
E1. Servicios de agencias estatales.....	129
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni MassHealth (Medicaid).....	130



A. Sus servicios cubiertos

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

Debido a que recibe ayuda de MassHealth (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos siempre que siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.

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

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por servicios cubiertos dentro de la red. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si es así, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* o llame a Servicios al miembro.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

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

Pagamos los servicios incluidos en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios incluidos en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Brindamos servicios cubiertos por Medicare y MassHealth (Medicaid) de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y MassHealth (Medicaid).
- Los servicios (*inclusive la atención médica, los servicios de salud conductual y consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, equipos y medicamentos*) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que le impiden ingresar a un hospital o centro de

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Para los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días es posible que no le solicitemos que obtenga aprobación por adelantado para ningún curso de tratamiento activo, incluso si este fue un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención de un proveedor de la red. Un proveedor de red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de emergencia o atención urgente, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan remitido. El **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* tiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de poder utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se llama remisión o autorización previa. El **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* tiene más información sobre cómo obtener una remisión y cuándo **no** la necesita.
- Cubrimos algunos servicios nombrados en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación primero. Esto se denomina autorización previa (PA). Marcamos los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan PA en negrita y cursiva.
- Si su plan otorga la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas afecciones crónicas

- Si un plan le diagnostica alguna de las siguientes afecciones crónicas y cumple determinados criterios, podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI):
 - Trastornos cardiovasculares
 - Diabetes
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Insuficiencia cardíaca crónica



- El plan determina la elegibilidad relacionada con los SSBCI. Los beneficios están disponibles para los miembros que se identifiquen a través de la recepción de la documentación del proveedor (por ejemplo, reclamaciones presentadas por un proveedor y un formulario de confirmación de una afección crónica según SSBCI presentado por un proveedor), que incluye una afección crónica calificada, riesgo de hospitalización y otros resultados adversos, y su atención debe estar siendo coordinada por un coordinador de atención de CCA o un proveedor de la red. Una vez comprobado que se cumplieron los criterios de elegibilidad, CCA le brindará acceso a los SSBCI.
- Consulte la fila Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas en la Tabla de beneficios médicos más abajo para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.
- Si se encuentra dentro del período de un mes de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, la cobertura de MassHealth (Medicaid) puede finalizar antes que la cobertura de Medicare con nosotros. Si finaliza su cobertura de MassHealth (Medicaid), no pagaremos sus beneficios de MassHealth (Medicaid), incluido el costo compartido de Medicare. Los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período. Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para Medicaid. Si la elegibilidad para Medicaid se restablece mientras todavía está inscrito con nosotros para recibir su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de los beneficios de Medicaid, y su inscripción con nosotros continuará. Si recupera la elegibilidad para Medicaid después de que cancelamos su inscripción en nuestra cobertura de Medicare, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

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



D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de su médico, asistente médico, enfermero especializado o enfermero clínico especialista.	\$0
Acupuntura de rutina Pagamos por servicios de acupuntura en los siguientes casos: • Para tratar el dolor • Como parte del tratamiento SUD • Para visitas al consultorio relacionadas con la evaluación y planificación del tratamiento Requerimos aprobación previa después de 20 tratamientos de acupuntura cada año para tratar el dolor o SUD. Su proveedor también puede cambiar o suspender el plan de tratamiento si no mejora después de los primeros cuatro tratamientos. Acupuntura cubierta por Medicare Para el dolor lumbar crónico, pagamos hasta 12 sesiones de acupuntura en 90 días. El dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Aquel que tiene una duración de 12 semanas o más. • Es inespecífico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse como, por ejemplo, no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa). • No está asociado con una cirugía. • No está asociado con el embarazo. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura (continuación) También pagaremos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra una mejoría en las primeras 12 sesiones. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. Requisitos de proveedores: Los médicos (según la definición del artículo 1861(r)(1) del Título de la Ley de Social Security (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (según la definición del artículo 1861(aa) (5) del Título de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y si tienen lo siguiente: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM) • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (CFR) N.º 42. <i>Se requiere autorización previa.</i>	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de salud diurnos para adultos El plan cubre servicios de proveedores de atención médica diurna para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • servicios de enfermería y supervisión de la salud • tratamiento • asistencia con las actividades de la vida diaria • servicios nutricionales y dietéticos • servicios de asesoramiento • actividades • administración de casos • transporte <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Servicios de cuidado temporal de adultos El plan cubre servicios de proveedores de cuidado temporal de adultos en un entorno residencial. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • asistencia con las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal • supervisión • supervisión de enfermería <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Pruebas de detección y asesoramiento para el consumo excesivo de alcohol Pagamos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos que consumen el alcohol de forma excesiva, pero no son dependientes. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de consumo excesivo de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o proveedor de atención primaria (PCP) calificado en un establecimiento de atención primaria.	\$0
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (aeronaves o helicóptero) y los servicios de ambulancia. La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Debemos aprobar otros servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia). En casos que no sean emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida.	\$0
 Consulta anual de bienestar Puedes hacerte un control anual. Se trata de elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esto una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no es necesario haber realizado una consulta Bienvenido a Medicare para obtener visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Consulta anual de bienestar (continuación) Recompensa por la consulta anual de bienestar Una consulta anual de bienestar o un examen físico anual reúnen los requisitos para una recompensa de \$25 por año después de haber completado la consulta. Las consultas de rutina al PCP, como una visita de seguimiento o por enfermedad, no califican para la recompensa. Las recompensas obtenidas se agregarán a su tarjeta Healthy Savings para usarlas en los minoristas participantes de Nations Benefits. Para obtener esta recompensa, debe realizarse una consulta anual de bienestar o un examen físico anual. Cualquiera de estos tipos de consulta anual dura más tiempo que las consultas de rutina con el PCP. Durante una consulta anual de bienestar o un examen físico anual, usted y su proveedor revisarán su salud en general de manera detallada. Su proveedor debe facturar a CCA por su examen a fin de que se procese la recompensa y se aplique a la tarjeta Healthy Savings. Puede tomar varios meses. Su recompensa se puede usar en los minoristas participantes de Nations Benefits de la red para comprar productos permitidos, excepto armas de fuego, alcohol o tabaco. Se cubre una vez por año calendario. Si recibió un examen de calificación de su PCP, puede obtener una recompensa de hasta \$25 en su tarjeta Healthy Savings por año calendario cuando el proveedor factura a CCA por el servicio.	
Servicios de audiólogo El plan cubre exámenes y evaluaciones del audiólogo (audición).	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Medición de la masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que cumplen los requisitos (generalmente, alguien en riesgo de perder masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico examine y comente los resultados.	\$0
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • una mamografía de detección cada 12 meses • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	\$0
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una orden médica. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los de rehabilitación cardíaca.	\$0
 Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardíaca. Durante las visitas, el médico puede realizar lo siguiente: • hablar sobre el uso de aspirina, • controlar su presión arterial, y/o • darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	\$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos causados por el alto riesgo de padecer enfermedad cardíaca.	\$0
	Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Pagamos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres con alto riesgo de padecer cáncer cervical o de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	\$0
	Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: • Ajustes de la columna para corregir la alineación • El plan también cubre la atención de rutina, las consultas en el consultorio y los servicios de radiología en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa para las consultas adicionales después de las 20 consultas cubiertas por el plan.</i>	\$0
	Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene mínimo ni límite máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no corren alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para los pacientes que no corren alto riesgo de padecer de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para los pacientes que corren alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan pasado, al menos, 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía de detección por tomografía computarizada, o cuando hayan pasado 47 meses desde el mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía de detección por tomografía computarizada realizada después de que hayan transcurrido, al menos, 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía de detección por tomografía computarizada o colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de detección de sangre oculta en las heces fecales para los pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces con múltiples objetivos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Prueba de biomarcadores de sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de obtener un resultado positivo en una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en las heces cubierta por Medicare. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
Servicios de centro de salud comunitario El plan cubre servicios de un centro de salud comunitario. Los ejemplos incluyen los siguientes: • visitas al consultorio de atención primaria proveedor y especialistas • obstetricia, ginecología y atención prenatal • servicios pediátricos, incluido EPSDT • educación para la salud • servicios sociales médicos • Servicios de nutrición, inclusive capacitación en autogestión de la diabetes y terapia médica nutricional • servicios para dejar de fumar • vacunas no cubiertas por Massachusetts Department of Public Health (MDPH)	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de acompañantes Incluye socialización, ayuda con las compras y mandados, acompañamiento a citas médicas, sitios de nutrición, caminatas, actividades recreativas y asistencia con la preparación y servicio de refrigerios ligeros. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Servicios de habilitación diurna El plan cubre un programa de servicios ofrecidos por proveedores de habilitación diurna si usted califica porque tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo. En este programa, usted desarrolla un plan de servicio que incluye sus metas y objetivos y las actividades para ayudarlo a alcanzarlos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • servicios de enfermería y supervisión de la atención sanitaria • capacitación en habilidades de desarrollo • servicios de terapia • capacitación en habilidades para la vida/vida diaria para adultos <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Servicios dentales Ciertos servicios dentales, incluidas limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del MassHealthDental Program. Pagamos algunos servicios dentales cuando es parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia para el cáncer que incluye la mandíbula o exámenes bucales antes de un trasplante de órganos. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) Pagamos algunos servicios dentales cuando es parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia para el cáncer que incluye la mandíbula o exámenes bucales antes de un trasplante de órganos. En general, los servicios dentales de rutina (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos los siguientes beneficios dentales de rutina: Servicios de diagnóstico/preventivos: • Preventivos como limpiezas • Exámenes de rutina • Radiografías Servicios de restauración: • Empastes • Coronas • Coronas de reemplazo • Terapia de endodoncia (tratamientos de conducto) • Periodoncia (no quirúrgica): • Descamación y pulido radicular • Mantenimiento periodontal Prótesis (removibles): • Dentaduras postizas completas • Dentaduras postizas parciales • Prótesis dentales inmediatas (una vez de por vida) Este beneficio continúa en la página siguiente.	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) • Revestimientos y ajustes de dentaduras postizas completas Prótesis (fija): • Se cubre un máximo de cuatro (4) implantes por año, uno por diente de por vida Cirugía bucal y maxilofacial: • Extracciones (de dientes) • Biopsia y cirugía de tejido blando • Injerto óseo alveolar Visitas de atención de emergencia Estos servicios están cubiertos sin autorización previa: • Coronas • Exámenes de rutina y radiografías • Servicios preventivos, incluidos limpiezas • Empastes de restauración • Periodoncia (no quirúrgica) • Prótesis (removibles) • Extracciones no quirúrgicas • Atención de emergencia Esta lista no es una garantía de cobertura. Los siguientes servicios están cubiertos sin autorización previa: • Coronas • Exámenes de rutina y radiografías • Servicios preventivos, incluidos limpiezas • Empastes de restauración Este beneficio continúa en la página siguiente.	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) • Periodoncia (no quirúrgica) • Prótesis (removibles) • Extracciones no quirúrgicas • Atención de emergencia Se aplican limitaciones de frecuencia de beneficios. En el caso de que se necesite información clínica para determinar si un tratamiento es adecuado, Senior Care Options de CCA se reserva el derecho de designar a un experto en odontología para que revise el plan de tratamiento que propuso su odontólogo. El proveedor dental de la red que lo trata debe enviar directamente los servicios que requieren autorización al administrador dental del plan, Skygen, para su revisión. Para obtener más información, llame a Servicios al miembro. Los miembros deben utilizar un proveedor dental de la red de CCA. El proveedor dental de la red que lo trata debe enviar directamente los servicios que requieren autorización al administrador dental del plan, Skygen, para su revisión. En caso de que se requiera aporte clínico para determinar si un tratamiento es adecuado, CCA SCO se reserva el derecho de solicitar a un experto dental que revise un plan de tratamiento que su dentista proponga. Se aplican limitaciones de beneficios para ciertos servicios dentales. Para obtener más información, llame a Servicios al miembro.	
 Prueba de detección de depresión Pagamos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de diabetes Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • historia de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) Es posible que se cubran las pruebas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y 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 última prueba de detección de diabetes.	\$0
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Pagamos por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ○ un glucómetro ○ tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre ○ dispositivos de punción y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los glucómetros • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación) ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (con las plantillas), incluida la colocación, y dos pares de plantillas adicionales cada año calendario, o ○ un par de zapatos profundos, incluida la colocación, y tres pares de plantillas ortopédicas (no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida con esos zapatos). • En algunos casos, pagamos una capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al miembro. El plan también puede cubrir los servicios adicionales en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid). Nuestro plan tiene contratos con Abbott y Roche, proveedores preferidos para suministrar glucómetros y tiras de prueba a nuestros miembros diabéticos. Estos productos incluyen los siguientes: Glucómetros: Accu-Chek Guide Care®, Accu-Chek Me Care®, FreeStyle Lite®, FreeStyle Freedom Lite®, FreeStyle InsuLinx®, FreeStyle Precision Neo®, Precision Xtra® Tiras reactivas: Accu-Chek Aviva Plus®, Accu-Chek SmartView®, Accu-Chek Guide®, FreeStyle®, FreeStyle Lite®, FreeStyle InsuLinx®, FreeStyle Precision Neo®, Precision Xtra Blood Glucose®, Precision Xtra Ketone® Se requiere autorización previa para los medidores de glucosa continuos (CGM). Ciertos suministros para diabéticos pueden requerir una autorización previa en circunstancias específicas. Se requiere autorización previa para zapatos terapéuticos moldeados a medida y zapatos profundos. Para obtener más información, llame a Servicios al miembro.	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados Consulte el Capítulo 12 de este Manual para miembros para ver una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. • Cubrimos los siguientes productos: • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • suministros para diabéticos • camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar • soportes y bombas de infusión intravenosa (IV) • dispositivos para la generación del habla • suministros y equipos de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastón curvo estándar o bastón cuádruple y suministros de reemplazo • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo de atención para diálisis Se pueden cubrir otros artículos. Este beneficio continúa en la página siguiente.	Copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Los límites también pueden aplicarse a determinados DME.</i>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación) Cubrimos todo el DME médicamente necesario que generalmente pagan Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede encargarlo especialmente para usted. Consulte Suministros para pruebas de detección de diabetes, Healthy Savings y Productos de venta libre para obtener más información de cobertura. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia Atención de emergencia significa servicios que: • un proveedor capacitado los presta para brindar servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar las siguientes consecuencias: • riesgo grave para su vida; o • daño grave a las funciones corporales; o • pérdida de una extremidad, o pérdida de la función de una extremidad. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan también cubre los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia y la atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, hasta \$100,000 por año calendario. Este es un beneficio complementario cubierto por nuestro plan. Consulte la sección Cobertura mundial para obtener más detalles. Para obtener información sobre la atención de emergencia, consulte el Capítulo 3.	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de estabilizada la emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que se continúe pagando su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención como paciente internado solo si nuestro plan aprueba la estadía.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado grupal para adultos El plan cubre los servicios proporcionados por los proveedores de cuidado grupal temporal de adultos para miembros que cumplen con los requisitos. Estos servicios se ofrecen en un entorno de vivienda con apoyo grupal y pueden incluir lo siguiente: • asistencia con las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y cuidado personal • supervisión • supervisión de enfermería • gestión de la atención <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
 Programas educativos sobre salud y bienestar El plan ofrece los siguientes servicios a través del CCA: • Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco (consulte también “Asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco”, mencionado anteriormente en esta sección) • Educación sobre salud y recursos para vivir bien en el hogar • Acceso a la Línea de asesoramiento de enfermería disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana (consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo acceder a la Línea de asesoramiento de enfermería) • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención (consulte también “Servicios y suministros para la enfermedad renal [del riñón]” más adelante en esta sección para obtener más información) Para obtener más información o ayuda, hable con su equipo de atención.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de audición, incluidos audífonos Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indicarán si necesita tratamiento médico. Están cubiertos como atención ambulatoria cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El plan también cubre lo siguiente: • Suministro y entrega de audífonos, baterías y accesorios • Instrucción en el uso, el cuidado y el manejo de audífonos • Moldes auriculares • Modelos auriculares • Préstamo de audífonos, cuando sea necesario El plan también cubre los siguientes beneficios auditivos de rutina: un examen auditivo de rutina por año; un audífono por oído cada 60 meses; servicios relacionados con el cuidado; el mantenimiento y la reparación de audífonos y suministros. Se requiere autorización previa para los siguientes beneficios auditivos de rutina: • Audífonos monoaurales que cuestan más de \$500 (sin incluir el envío) por oído • Audífonos binaurales, cros, bicros que cuestan más de \$1,000 (sin incluir el envío) por oído. • El reemplazo de un audífono, independientemente de su costo, debido a un cambio médico ○ Pérdida de audífonos ○ Daños en los audífonos que no se puedan reparar • Cualquier reemplazo de componentes externos del implante coclear Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de audición, incluidos audífonos (continuación) Debe utilizar un proveedor de la red de CCA para servicios de audición que no sean de rutina. El plan utiliza a NationsHearing como administrador de beneficios para servicios de audición de rutina, incluidos exámenes de rutina y audífonos. Los miembros deben utilizar NationsHearing para que este beneficio tenga cobertura. Comuníquese con NationsHearing al 877-277-9196 (TTY 711) para encontrar un proveedor o si tiene preguntas sobre el beneficio de servicios auditivos de rutina.	
Ayuda con ciertas afecciones crónicas Para los miembros aprobados para beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas, se ofrecen los siguientes beneficios adicionales: • Compre productos alimenticios saludables y nutritivos elegibles a través de la tarjeta Healthy Savings de CCA con la asignación trimestral de OTC permitida en los minoristas participantes de Nations Benefits. Consulte la sección tarjeta Healthy Savings para obtener más información sobre la cobertura. • Pague los servicios públicos elegibles, como gas natural, electricidad y cable, a través de la tarjeta Healthy Savings de CCA con la asignación trimestral de OTC permitida en los proveedores de servicios públicos participantes de Nations Benefits. Consulte la sección tarjeta Healthy Savings para obtener más información sobre la cobertura. • Diez (10) viajes de ida o vuelta por mes a lugares cubiertos para fines no médicos para, por ejemplo, hacer las compras, asistir a reuniones de alcoholólicos anónimos (AA), recoger recetas e ir al gimnasio. Los viajes están limitados a 50 millas desde los lugares de recogida. Los viajes no utilizados durante el mes no se transfieren. Consulte la sección Transporte (que no sean de emergencia ni viajes médicos) para obtener más información sobre la cobertura. Para calificar para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) nombrados anteriormente, debe cumplir con los tres criterios siguientes y ser aprobado por CCA: Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) ○ Tener una afección crónica activa que cumpla los requisitos. ○ Estar en riesgo de requerir hospitalización o de tener resultados de salud adversos. ○ Requerir coordinación de cuidados intensivos. ● Entre las afecciones crónicas que reúnen los requisitos se incluyen trastornos cardiovasculares, diabetes, trastornos pulmonares crónicos e insuficiencia cardíaca crónica. Por lo general, las enfermedades crónicas son afecciones que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La afección debe ser diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluidos el proveedor de atención primaria, el enfermero practicante y los proveedores similares. ● Para tener aprobación de CCA para los beneficios de SSBCI, el proveedor que lo trata puede completar una Declaración de afección crónica para SSBCI. Alternativamente, CCA revisará de manera activa sus registros (incluidas las reclamaciones y evaluaciones de atención) para verificar si cumple los criterios y si cumple con todos los elementos de los criterios, le otorgará automáticamente acceso a los beneficios de SSBCI. Llame a Servicios al miembro de CCA o comuníquese con su coordinador de atención. Le ayudarán a conectarlo con el programa.	
 Prueba de detección de VIH Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que: ● Soliciten una prueba de detección del VIH. ● Corren un mayor riesgo de contraer la infección por VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.	\$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención médica a domicilio Antes de poder recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe informarnos que los necesita y los debe prestar una agencia de salud a domicilio. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Pagamos los siguientes servicios y quizás otros servicios no incluidos aquí: • servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de 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 los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • administración de medicamentos. • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • servicios médicos y sociales. • equipos y suministros médicos. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio El plan cubre los servicios de un asistente médico a domicilio, bajo la supervisión de un enfermero registrado (RN) u otro profesional, para los miembros que cumplen con los requisitos. Los servicios pueden incluir lo siguiente: • cambios de apósito simples • ayuda con los medicamentos • actividades de apoyo a terapias especializadas • cuidado de rutina de dispositivos protésicos y ortésicos <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión en el hogar Nuestro plan paga el tratamiento de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administradas en una vena o aplicadas debajo de la piel y proporcionadas en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente: • el fármaco o sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, lo siguientes: • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación de los miembros que no estén ya incluidos en el beneficio del DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Servicios médicos de relevo para personas sin hogar Tiene acceso a apoyo antes y después de la colonoscopia para prepararse y recuperarse después de ese procedimiento. Tiene acceso a apoyo para la recuperación después de tener problemas médicos agudos, a la gestión de casos y navegación de salud y remisiones para abordar otras necesidades sociales y de salud; y a apoyo para planificar la transición a entornos en la comunidad. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un hospicio Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses de vida o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidados paliativos a corto plazo • atención a domicilio • Si elige recibir cuidados paliativos en un centro de enfermería, CCA Senior Care Options cubrirá el costo de la habitación y la comida. Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal se facturan a Medicare. • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, el proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no por la Parte A o B de Medicare: • Nuestro plan cubre servicios no cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Cubrimos los servicios independientemente de que se relacionen o no con el pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un hospicio (continuación) Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Parte D de Medicare de nuestro plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. de este <i>Manual para miembros</i>. Nota: Si necesita atención que no sea en un hospicio, llame al coordinador o a Servicios al miembro para coordinar los servicios. La atención que no sea en un hospicio es la que no está relacionada con el pronóstico terminal.	
 Inmunizaciones Pagamos los siguientes servicios: - vacunas contra la neumonía - vacunas contra la gripe o influenza, una vez por temporada de gripe o influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe o influenza adicionales si es médicamente necesario - vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la enfermedad - vacunas contra la COVID-19. - otras vacunas si está en riesgo y cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.	\$0
Enfermería independiente El plan cubre la atención de un enfermero en su hogar. El enfermero puede trabajar para una agencia de salud a domicilio o puede ser un enfermero independiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud conductual para pacientes internados Servicios para pacientes internados, como los siguientes: • servicios de salud conductual para pacientes internados para evaluar y tratar una condición psiquiátrica aguda • servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados. • camas de observación o retención • servicios diurnos administrativamente necesarios En este plan, no existe un límite de por vida en la cantidad de días que un miembro puede permanecer internado en un centro de atención de salud conductual para pacientes internados. <i>Se requiere autorización previa, excepto para el consumo de sustancias para pacientes internados y las internaciones de emergencia.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que le den el alta es el último día como paciente internado. Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico que no se mencionan aquí: • habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería permanentes • costos de las unidades de cuidados especiales, por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios • medicamentos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios radiológicos • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado la emergencia.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad en una ubicación alejada, puede optar por ir a un sitio local o distante siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) presta servicios de trasplante en un lugar alejado fuera del patrón de atención (fuera del área de servicio) para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y otra persona. • sangre, incluidos almacenamiento y administración • servicios médicos Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en Medicare.gov/publicaciones/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. <i>Se requiere autorización previa, excepto para el consumo de sustancias para pacientes internados y las internaciones de emergencia.</i>	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Pagamos por servicios de atención de salud conductual que requieren una estadía en el hospital. Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud conductual que requieren hospitalización. Medicare tiene un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud conductual que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general en virtud de Medicare. El plan cubre su hospitalización en un hospital psiquiátrico más allá del límite de Medicare en virtud del beneficio de MassHealth (Medicaid). <i>Se requiere autorización previa, excepto para el consumo de sustancias para pacientes internados y las internaciones de emergencia.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Estancia en un hospital: Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una en el hospital no cubierta No pagamos la estadía como paciente internado si ya utilizó todos los beneficios como paciente internado o si la estadía no es razonable ni médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención como paciente internado no está cubierta, podemos pagar los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al miembro. Pagamos los siguientes servicios y quizás otros servicios no incluidos aquí: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio. • Radioterapia, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortopédicos, excepto los dentales, incluidos el reemplazo o la reparación de estos dispositivos. Son dispositivos que sustituyen total o parcialmente lo siguiente: ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o ○ la función de un órgano interno inoperante o que funciona mal. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, trusas y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye colocaciones, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdidas o un cambio en su condición. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe derivarlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos, incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual para miembros</i> o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con este temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación en autodiálisis, incluida una capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio, por ejemplo, recibir visitas necesarias 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. La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Pruebas de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT) Nuestro plan paga la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • Fumó al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera evaluación, nuestro plan paga otra evaluación cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige brindar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para esas consultas.	\$0
 Tratamiento médico nutricional El plan cubre la terapia de diagnóstico nutricional y servicios de asesoramiento para ayudarle a controlar una afección médica (como diabetes o enfermedad renal).	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte médicamente necesario que no es de emergencia El plan cubre el transporte que usted necesite por razones médicas que no sean de emergencia. Esto incluye tren, taxis, transportes comunes y servicios de ambulancias (terrestres) según sea necesario para ayudarlo a llegar a un servicio que pagamos (dentro del estado o no). El transporte está limitado a destinos para servicios estándar cubiertos por Medicare y Medicaid y destinos de citas confirmadas en el área de servicio del plan en las 50 millas del lugar de recogida. Los viajes deben reservarse 72 horas antes, sin contar el día de la llamada, llamando a CTS al 855-204-1410 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 am a 8 pm y los sábados y domingos de 8 am a 12 pm, hora del este. El plan utiliza Coordinated Transportation Solutions (CTS) para todos los viajes de transporte que no sean de emergencia. Para comunicarse con CTS, llame al 855-204-1410 (TTY 711). <i>Se requiere autorización previa para viajes de más de 50 millas desde el lugar de recogida.</i>	\$0
 Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP) Nuestro plan paga los servicios de MDPP para personas elegibles. MDPP está diseñado para ayudarlo a aumentar la conducta saludable. Proporciona formación práctica en los siguiente: • cambio de dieta a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, hospital para pacientes ambulatorios o de un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina proporcionada a través de un producto de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó. • Leqembi® (lecanemab genérico), medicamento contra el Alzheimer, que se administra por vía intravenosa (IV). • 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 en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los incluye. • Medicamentos contra la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) - Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión apropiada. - Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos 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 los mismos ingredientes activos que se encuentran en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. - Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que usted utiliza como parte de un régimen de quimioterapia para el tratamiento del cáncer si se administran antes de la quimioterapia, en un plazo de 48 horas de la quimioterapia o se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso para las náuseas. - Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. - Medicamentos calcimiméticos y fijadores de fosfato mediante el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar - Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea necesario desde el punto de vista médico) y anestésicos tópicos. - Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones, como Procrit® (epoetina alfa). Este beneficio continúa en la página siguiente.	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). También cubrimos algunas vacunas a través de la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos a través del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de este <i>Manual para miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus recetas. El Capítulo 6 de este <i>Manual para miembros</i> explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de atención de enfermería Un centro de atención de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir cuidados en su hogar pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que cubrimos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • comidas, incluidas dietas especiales. • servicios de enfermería. • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • terapia respiratoria. • medicamentos que le recetaron como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea). • sangre, incluidos almacenamiento y administración. • suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de atención de enfermería. • pruebas de laboratorio que suelen realizar los centros de atención de enfermería. • radiografías y otros servicios de radiología que suelen brindar los centros de atención de enfermería. • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de atención de enfermería. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en centros de atención de enfermería (continuación) • servicios de médicos o profesionales. • equipo médico duradero. • servicios dentales, incluidas dentaduras postizas. • beneficios para la vista. • exámenes de audición. • atención quiropráctica. • servicios de podiatría. Por lo general, usted recibe su atención en centros que forman parte de la red. Sin embargo, puede que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Usted puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de atención de enfermería o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • un centro de atención de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital. <i>Se requiere autorización previa.</i>	
 Detección y tratamiento de la obesidad para mantener un peso saludable Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos consejería para ayudarle a bajar de peso. Debe recibir asesoramiento en un consultorio de atención primaria. De esta manera, podrá integrarse a su plan completo de prevención. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del Opioid Treatment Program (OTP) Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD) a través de un OTP, que incluye los siguientes servicios: • actividades de ingesta. • evaluaciones periódicas. • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, la administración y el control de estos medicamentos. • asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • terapia individual y grupal. • pruebas de detección de drogas o sustancias químicas en su organismo (pruebas de toxicología).	\$0
Servicios ortésicos El plan cubre dispositivos ortopédicos (no dentales) y otros dispositivos mecánicos o moldeados para sostener o corregir la forma o función del cuerpo humano. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico que no se mencionan aquí: • radiografías • tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • análisis de laboratorio. • sangre, incluidos almacenamiento y administración. • pruebas diagnósticas que no requieren laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las indique para tratar una afección médica. • otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos. <i>Es posible que se requiera autorización previa. Por lo general, las pruebas de laboratorio no requieren autorización, excepto las pruebas genéticas.</i>	\$0
Medicamentos para pacientes externos Lea el Capítulo 5 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y el Capítulo 6 para obtener información sobre lo que usted paga por los medicamentos.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como cirugía para pacientes externos o servicios de observación. ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a determinar si necesita ser ingresado al hospital como “paciente internado”. ○ A veces, puede permanecer en el hospital durante la noche y aun así ser considerado “paciente externo”. ○ Puede obtener más información sobre ser paciente interno o externo en esta hoja de datos: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud conductual, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento con internación sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Exámenes y servicios preventivos que se enumeran a lo largo de la Tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que no se pueden autoadministrar. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud conductual para pacientes externos Cubrimos los servicios de salud conductual proporcionados por: • psiquiatras o médicos autorizados por el estado • psicólogos clínicos • asistentes sociales clínicos • especialistas en enfermería clínica • asesores profesionales autorizados (LPC) • terapeutas autorizados de matrimonios y familias (LMFT) • profesionales en enfermería (NP) • auxiliares médicos (PA) • otros profesionales de salud mental calificados según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable El plan cubre servicios que incluyen: • tratamiento grupal individual y de parejas/familiar • consulta sobre medicamentos • evaluación diagnóstica • consultas familiares • consultas de caso • consultas psiquiátricas sobre la unidad médica para pacientes internados • consulta entre proveedor externo y paciente internado • tratamiento de acupuntura • terapia de reemplazo de opioides • desintoxicación ambulatoria (Nivel II.d) • pruebas psicológicas • terapia dialéctica conductual Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud conductual para pacientes externos (continuación) • Servicios de intervención en crisis de salud mental en el departamento de emergencias • Terapia electroconvulsiva • <i>Estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS)</i> • <i>Vigilancia individualizada</i> <i>Se requiere autorización previa para la estimulación magnética transcraneal y la esketamina.</i>	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Cubrimos la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla. Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos en departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), y otros centros. <i>Se requiere autorización previa para la terapia ocupacional y la fisioterapia después de 20 consultas y después de 35 consultas para la terapia del habla.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos Pagamos los siguientes servicios y quizás otros servicios no incluidos aquí: • pruebas de detección y asesoramiento para el consumo excesivo de alcohol • tratamiento para el abuso de drogas • asesoramiento grupal o individual por parte de un médico de práctica calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones • servicios de tratamiento de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes externos • tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (Vivitrol)	\$0
Cirugía para pacientes externos Cubrimos la cirugía para pacientes externos y los servicios en los centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor realice por escrito una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo. <i>Puede requerirse autorización previa para algunos procedimientos quirúrgicos.</i>	\$0
Equipos de oxígeno y terapia respiratoria El plan cubre servicios que incluyen sistemas de oxígeno, resurtidos y alquiler de equipos de oxigenoterapia.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de asistente de cuidado personal El plan cubre servicios de asistente de atención personal para ayudarle con las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria si califica. Entre ellos se incluyen, por ejemplo: • higiene personal • preparación de comidas y alimentación • vestimenta y aseo personal • gestión de medicamentos • desplazamiento • uso del baño • traslados • lavandería • tareas del hogar Usted puede contratar a un trabajador por su cuenta para que le ayude con tareas prácticas. El plan también puede cubrir un trabajador que le ayude con otras tareas que no requieran ayuda directa, si cumple con los requisitos mínimos para las tareas que sí necesitan asistencia práctica. Su equipo de atención colaborará con usted para determinar si este servicio es adecuado y se incluirá en su plan de atención individualizado (ICP). <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud conductual, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta autorizado de matrimonios y familias (LMFT) o del asesor profesional autorizado. Puede ayudarle a no tener que quedarse en el hospital. El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo brindado en el departamento para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud conductual, un centro de salud federal calificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del LMFT o del asesor profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	\$0



	Servicios de médicos o proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico Pagamos los siguientes servicios: • servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios que se brindan en lugares como: ○ consultorios médicos ○ centros quirúrgicos ambulatorios certificados ○ departamentos para pacientes externos de hospitales • consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • determinados servicios de telesalud (atención virtual) para servicios médicos generales que se necesitan con urgencia. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red de CCA que ofrezca los servicios por este medio o utilizar Teladoc para los servicios médicos de urgencia generales. Consulte la sección Teladoc: servicios adicionales de telesalud. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca los servicios por este medio. • servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal (ESRD) para miembros que se realizan diálisis en el hogar, en una clínica para diálisis renal de un hospital o de un hospital con acceso crítico, centro para diálisis renal o el hogar del miembro. • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular. • servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud conductual concurrente. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0
--	--	------------



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos o proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación) • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar trastornos de salud conductual en los siguientes casos: ○ Tiene una consulta presencial dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tienes una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • servicios de telesalud para consultas de salud conductual proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud federales calificados. • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos en caso de que ocurra lo siguiente: ○ usted no sea un paciente nuevo y ○ el control no esté relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ el control no requiera una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible lo antes posible. • Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas en caso de que ocurra lo siguiente: ○ usted no sea un paciente nuevo y ○ la evaluación no esté relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ la evaluación no requiera una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible lo antes posible. Este beneficio continúa en la página siguiente.	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos o proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación) • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si usted no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red o fuera de la red para cualquier atención, incluida una cirugía antes de recibir el servicio. Su PCP/equipo de atención le ayudará con la coordinación para recibir una segunda opinión de proveedores fuera de la red si no hay un proveedor de la red disponible. • 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). • Para obtener más información sobre los servicios dentales, incluidos los requisitos de autorización previa, consulte la sección Servicios dentales que se detalla anteriormente en esta Tabla. Consulte la sección “Consulta anual de bienestar” para obtener más detalles sobre la recompensa por la consulta anual de bienestar para los exámenes físicos anuales.	
Servicios de médicos, profesionales en enfermería y enfermeras parteras El plan cubre servicios de médicos, profesionales en enfermería y enfermeras parteras. Entre ellos se incluyen, por ejemplo: • consultas de atención primaria y con especialistas • obstetricia, ginecología y atención prenatal • capacitación para el autocontrol de la diabetes • tratamiento médico nutricional • servicios para dejar de fumar	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podiatría Pagamos los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • atención de rutina de los pies para los miembros que padecen afecciones médicas que comprometen las piernas, tales como la diabetes. <i>Se requiere autorización previa para la cirugía de los pies y los servicios de podiatría brindados en un hogar de convalecencia.</i>	\$0
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (lo que incluye la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento del tratamiento) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección única para detectar el virus de la hepatitis B.	\$0
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, cubrimos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • tacto rectal • análisis del antígeno prostático específico (PSA)	\$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos ortésicos y protésicos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Estos incluyen, entre otros: • pruebas, colocación o capacitación en el uso de dispositivos ortésicos y protésicos • bolsas de colostomía y artículos relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • férulas • zapatos protésicos • miembros artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía) Cubrimos algunos insumos relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos. También cubrimos la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortésicos. Ofrecemos 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 tabla. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Servicios de rehabilitación pulmonar Cubrimos los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. Debe contar con una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico o proveedor que trate la COPD.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Monitoreo remoto de pacientes Uso de ciertos dispositivos médicos que transmiten información digital de salud personal de manera síncrona o asincrónica desde un paciente en riesgo a un proveedor que lo atiende en una ubicación remota, lo que permite al proveedor responder al paciente y gestionar su afección. El RPM está disponible para los miembros que cumplen con ciertos criterios clínicos. <i>Se requiere autorización previa.</i>	
 Pruebas de detección del virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Corre alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos una sola prueba de detección. Si está en alto riesgo (por ejemplo, si ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C anterior con resultado negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (STIs) y asesoramiento Cubrimos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de alta intensidad de asesoramiento conductual por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STIs. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un consultorio de atención primaria, como un consultorio médico.	\$0
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) En el Capítulo 12, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada. Tiene cobertura de hasta 100 días de enfermería especializada cada período de beneficios. En el caso de la atención a largo plazo, la hospitalización es ilimitada. No se requiere hospitalización previa. Pagamos los siguientes servicios y quizás otros servicios no incluidos aquí: • una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario. • comidas, incluidas dietas especiales. • servicios de enfermería especializada. • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea. • sangre, incluidos almacenamiento y administración. • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por SNF. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • pruebas de laboratorio administradas por SNF. • radiografías y otros servicios de radiología que brindan los centros de atención de enfermería. • aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de atención de enfermería. • servicios de médicos o proveedores. Por lo general, usted recibe atención en un SNF dentro de nuestra red. En determinadas circunstancias, es posible que pueda recibir atención médica en un centro que no esté en nuestra red. Usted puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de atención de enfermería o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • un centro de atención de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital. Se requiere autorización previa.	
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos dos intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un total de hasta ocho sesiones por año).	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicios supervisados (SET) Cubrimos la SET para los miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Nuestro plan cubre: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET. • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. El programa de SET debe: • incluir sesiones de entre 30 y 60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas.	\$0
Teladoc: servicios adicionales de telesalud La telesalud se ofrece a través de Teladoc para los servicios médicos generales de urgencia a fin de tratar las afecciones habituales, como gripe, alergias, infecciones de los senos paranasales, sarpullidos, dolor de garganta, dolor en la espalda, artritis, etc. Comuníquese con Teladoc al 1-800-835-2362 o visite www.Teladoc.com para inscribirse y acceder a los servicios. Los miembros pueden seguir teniendo citas de telesalud a través de sus proveedores, si los proveedores ofrecen esa opción. Consulte la sección “Servicios de médicos o proveedores, incluidas las consultas en el consultorio del médico” para obtener detalles adicionales sobre la cobertura de telesalud.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programa de servicios de vivienda transitoria El plan cubre los servicios proporcionados por un proveedor de servicios de vivienda transitoria para los miembros que reúnen los requisitos. Estos servicios se brindan en un entorno residencial y pueden incluir lo siguiente: • servicios de asistente de cuidado personal • supervisión de enfermería en el lugar las 24 horas • comidas • capacitadores de habilidades • asistencia con actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., lavar la ropa, hacer las compras, limpiar) <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Atención de urgencia La atención de urgencia es la atención brindada para tratar: • una situación no urgente que requiere atención médica inmediata, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • una afección que necesita atención inmediata. Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red debido a su horario, ubicación o circunstancias, y no sea posible o sea poco razonable recibir este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicamente necesarios de manera inmediata por una afección no conocida, pero que no constituye una emergencia médica). Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de urgencia (continuación) Consulte “Teladoc: servicios adicionales de telesalud” para obtener más detalles sobre la cobertura. Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo Nuestro plan también cubre los servicios de atención de urgencia y emergencia, incluido el transporte de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios, hasta cien mil dólares (\$100,000) por año calendario. Este es un beneficio complementario cubierto por nuestro plan. Para obtener más información sobre la atención de urgencia, consulte el Capítulo 3. Siempre que sea posible, debe informar a su PCP y al equipo de atención de CCA cuando reciba atención de urgencia. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	
 Atención de la vista Cubrimos servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas diabéticas • afroamericanos • hispanoamericanos Para las personas con diabetes, cubrimos una prueba de detección de retinopatía diabética por año. Se cubren los siguientes servicios oftalmológicos que no sean de rutina: Cubrimos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico coloca un lente intraocular. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista (continuación) Si se somete a dos cirugías de cataratas por separado, debe recibir un par de anteojos después de cada cirugía. No puede recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos tras la primera cirugía. Debe utilizar un proveedor de la red de CCA. Para obtener asistencia con servicios oftalmológicos que no sean de rutina, comuníquese con Servicios al miembro de CCA. Se cubren los siguientes servicios oftalmológicos de rutina: • Un examen de la vista de rutina cada año calendario. • Anteojos de rutina (lentes recetados y monturas) o lentes de contacto, o actualizaciones hasta la asignación combinada de \$300 por año calendario. • Un conjunto de marcos o lentes de contacto de reemplazo o lentes de contacto requeridos visualmente una vez cada dos (2) años calendario. Debe recibir servicios oftalmológicos de rutina de proveedores de la red de EyeMed. Para encontrar un proveedor de la red Eyemed, visite https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/cc/en-us. Para obtener ayuda con los servicios oftalmológicos de rutina, comuníquese con Eyemed al 1-877-493-4586 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.	Servicios oftalmológicos de rutina: si el costo de los anteojos excede el límite de beneficios combinados de \$300, usted será responsable de todos los cargos adicionales.



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye: • una revisión de su salud, • 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. Nota: 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, informe en el consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0
	Consulta de bienestar El plan cubre controles de bienestar. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención.	\$0

Además de los servicios generales, nuestro plan también cubre servicios de atención de salud conductual basados en la comunidad. A veces estos se denominan “servicios de salud conductual de dispersión”. Estos son los servicios que usted puede utilizar en lugar de ir al hospital o a un centro para algunas necesidades de salud conductual. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y estarán en su Plan de atención individualizado (ICP).

Servicios de atención de salud conductual basados en la comunidad (de dispersión) que cubre nuestro plan	
Estos servicios incluyen lo siguiente: • Servicios intensivos con supervisión médica: servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastornos por consumo de sustancias. • Servicios de estabilización clínica: servicios residenciales de alta intensidad clínicamente gestionados, dirigidos a poblaciones específicas. • Servicios de estabilización clínica para trastornos por consumo de sustancias. • Servicios de estabilización de crisis en la comunidad. • Community Support Program (CSP), que incluye CSP para personas sin hogar, CSP para personas involucradas en la justicia y Tenancy Preservation Program del CSP. • Servicios de Mobile Crisis Intervention para adultos (anteriormente Emergency Services Program [ESP]). • Servicios de rehabilitación residencial mejorados para trastornos por consumo de sustancias concurrentes. • Servicios del Partial Hospitalization Program (PHP). ○ La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud conductual. Es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta autorizado de matrimonios y familias (LMFT) o del asesor profesional autorizado. Puede ayudarle a no tener que quedarse en el hospital. Este servicio continúa en la página siguiente.	



Servicios de atención de salud conductual basados en la comunidad (de dispersión) que cubre nuestro plan	
(continuación) ● Servicios intensivos para pacientes externos (IOP) y programas de IOP ○ El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo brindado en el departamento para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud conductual, un centro de salud federal calificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del LMFT o del asesor profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. ○ Los programas de IOP ofrecen un tratamiento multidisciplinario integral, coordinado y de duración limitada, diseñado para mejorar el estado funcional, brindar estabilización en la comunidad, evitar una internación en un servicio de hospitalización o facilitar una reintegración rápida y estable en la comunidad tras el alta de un servicio de hospitalización. ● Program of Assertive Community Treatment (PACT) ● tratamiento psiquiátrico diurno ● entrenamiento de recuperación ● navegadores de apoyo para la recuperación ● servicios de rehabilitación residencial para trastornos relacionados con el consumo de sustancias, que incluyen: ○ RRS para adultos ○ RRS para familias ○ RRS para adultos jóvenes ○ RRS mejorados concurrentes (COE-RRS) ● Structured Outpatient Addiction Program (SOAP) ● especialista certificado en apoyo entre pares ● Enhanced Structured Outpatient Addiction Program (E-SOAP) ● servicios de apoyo para la transición (TSS) para trastornos por consumo de sustancias	



Nuestro plan también cubre servicios en la comunidad para promover el bienestar, la recuperación, el autocontrol de enfermedades crónicas y la vida independiente. Estos servicios también pueden ayudarle a evitar ir al hospital o al centro de enfermería. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y estarán en su Plan de atención individualizado (ICP).

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Asistencia en las transiciones de atención El plan cubre servicios para ayudar con las transiciones entre entornos de atención para los miembros que reúnan los requisitos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • coordinación de información entre sus proveedores • seguimiento después de su hospitalización o estadía en un centro • educación sobre su afección de salud • remisión	\$0
Trabajadores comunitarios de salud El plan cubre los servicios prestados por trabajadores comunitarios de salud, que pueden incluir lo siguiente: • educación en salud en su hogar o en la comunidad • obtener los servicios que necesita • asesoramiento, apoyo y pruebas de detección Los servicios de un trabajador comunitario de salud significan que recibirá ayuda de alguien que abogará por usted y que comprende su cultura, sus necesidades y sus preferencias.	\$0



Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Servicios diurnos El plan cubre actividades diurnas estructuradas dentro de un programa que le ayudará a aprender las habilidades necesarias para vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Las habilidades están pensadas para satisfacer sus necesidades y pueden incluir lo siguiente: • habilidades de la vida diaria • entrenamiento en comunicación • habilidades prevocacionales • habilidades de socialización <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Servicios de atención domiciliaria El plan cubre servicios de atención domiciliaria que usted recibe en su domicilio o en su comunidad, si reúne los requisitos. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: • un trabajador que le ayude con las tareas del hogar. • un trabajador que le ayude con las tareas diarias y su cuidado personal. La asistencia puede ser práctica, mediante indicaciones o supervisando estas tareas. • capacitación o actividades para mejorar sus habilidades de vida en comunidad y ayudarlo a defenderse. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0



Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Modificaciones en el hogar El plan cubre modificaciones en el hogar si reúne los requisitos. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, bienestar y seguridad, o para aumentar su independencia en el hogar. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente: • rampas • barras de apoyo • ensanchamiento de puertas • sistemas especiales para equipos médicos <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Gestión de medicamentos El plan cubre servicios de gestión de medicamentos por parte de un trabajador de apoyo si usted reúne los requisitos. El trabajador de apoyo le ayudará a tomar sus medicamentos recetados y de venta libre. El servicio puede incluir lo siguiente: • recordarle que tome sus medicamentos • revisar el envase del medicamento • supervisarlo mientras toma sus medicamentos • anotar cuándo toma sus medicamentos • abrir los medicamentos y leerle las etiquetas <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0



Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Transporte no médico El plan cubre el transporte hacia servicios y actividades comunitarias que le ayudan a mantenerse independiente y activo en su comunidad. Los viajes están limitados a los lugares cubiertos dentro de un radio de 50 millas del lugar de recogida. <i>Se requiere autorización previa.</i> . Además, el plan cubre diez (10) viajes de ida o vuelta por mes. Los viajes se proporcionan para fines no médicos, como ir a comprar comestibles, acudir a reuniones de AA, ir a recoger recetas e ir al gimnasio en un radio de 50 millas del lugar de recogida. Este beneficio solo está disponible para miembros aprobados para Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Consulte la sección “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” para saber cómo calificar. Los viajes no utilizados en el mes no se transferirán para su uso futuro. Todos los viajes deben reservarse al menos 72 horas antes, sin contar el día de la llamada, llamando a CTS al 855-204-1410 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 am a 8 pm, hora del este, y los sábados y domingos, de 8 am a 12 pm, hora del este. Si no puede realizar el viaje programado, debe cancelarlo al menos 2 horas antes del horario de recogida programado. Si no cancela el viaje, y no se presenta ni lo cancela con menos de 2 horas de aviso, el viaje programado se descontará de sus diez (10) viajes de ida o vuelta por mes por motivos no médicos. El plan utiliza Coordinated Transportation Solutions (CTS) para todos los viajes de transporte que no sean de emergencia. Para comunicarse con CTS, llame al 855-204-1410 (TTY 711). El transporte debe coordinarse con CTS para que CCA Senior Care Options lo cubra.	\$0



Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Apoyo entre pares, asesoramiento y orientación El plan cubre servicios de capacitación, instrucción y tutoría si usted reúne los requisitos. Estos servicios le ayudarán a defenderse y participar en su comunidad. Puede recibir estos servicios de un compañero o en grupos pequeños. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0
Atención de relevo El plan cubre servicios de atención de relevo si su cuidador principal necesita un descanso o no estará disponible por un corto plazo. Estos servicios pueden prestarse en caso de emergencia o planificarse con antelación. Si se planifica con anticipación, los servicios pueden brindarse en su hogar o durante una colocación a corto plazo en un hogar de acogida para adultos, un centro de salud diurno para adultos, un centro de enfermería, una residencia asistida, un hogar de descanso o un hospital. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

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

E1. Servicios de agencias estatales

Rehabilitación psicosocial y administración de casos específicos

Si está recibiendo servicios de rehabilitación psicosocial del Department of Mental Health o servicios de administración de casos específicos del Department of Mental Health o del Department of Developmental Services, sus servicios continuarán siendo proporcionados directamente por la agencia estatal. Sin embargo, CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) le ayudará a coordinar con estos proveedores como parte de su plan de atención individualizado (ICP) general.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Habitación y comida en hogares de descanso

Si vive en un hogar de descanso y se une a Senior Care Options (SCO), el Department of Transitional Assistance seguirá siendo responsable de sus pagos de habitación y comida.

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

En esta sección se describen los servicios que excluye nuestro plan. “Excluye” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los cubren.

En la lista que se encuentra a continuación se describen algunos servicios y productos que no cubrimos que no cubrimos en ninguna circunstancia y otros que excluimos solo en ciertos casos.

No cubrimos los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual para miembros*), excepto en las circunstancias específicas que se indican. Incluso si recibe los servicios en una sala de emergencia, el plan no los pagará. Si cree que nuestro plan debería cubrir un servicio que no está incluido, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre apelaciones.

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

- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y MassHealth (Medicaid), a menos que los enumeremos como servicios cubiertos.
- medicamentos, artículos y tratamientos quirúrgicos y médicos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y productos experimentales son aquellos que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.
 - tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería, por ejemplo, un teléfono o televisor.
- atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (como pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), salvo cuando sean médicamente necesarios.
- cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental o para corregir la forma de una parte del cuerpo que no está correctamente conformada. Sin embargo, cubrimos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr la simetría.
- atención quiropráctica, excepto la manipulación manual de la columna vertebral según las pautas de cobertura.
- atención de rutina de los pies, excepto como se describe en los “Servicios de podiatría” de la Tabla de beneficios en la **Sección D**.
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de una pierna ortopédica y se incluyan en el costo de la pierna, o que los zapatos sean para una persona que padece pie diabético.
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.
- procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- servicios de un naturoterapeuta (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- servicios prestados a veteranos en las instalaciones de Veteran Affairs (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y la participación en los costos de VA es mayor que la participación en los costos bajo nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de los montos de costo compartido.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos

Introducción

En este capítulo, se explican las normas para obtener sus medicamentos para pacientes externos. Estos son medicamentos que su proveedor le solicita y que usted obtiene en una farmacia, o mediante un pedido por correo. Entre ellos se incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y MassHealth (Medicaid). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

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

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, se incluyen los medicamentos que le recetan mientras está en un hospital o centro de atención de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunos medicamentos inyectables que se le administran durante una consulta al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si se encuentra en hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección F3** del **Capítulo 5**, “Si está en programa de hospicio certificado por Medicare”.

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

Generalmente cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las reglas de esta sección.

Debe contar con un proveedor (médico, dentista u otro profesional autorizado) que le recete los medicamentos, y la receta debe ser válida según la legislación estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para recibir atención.

La persona autorizada a dar recetas **no** debe estar en la lista de exclusiones o preclusión de Medicare.

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

El medicamento que le receten debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. La denominamos “*Lista de medicamentos*” para abreviarla. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo con una excepción.
- Consulte la **Sección G2** del **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que el médico que le receta los medicamentos pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado. De acuerdo con la ley y la reglamentación de Medicaid, y según MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios si:

- podrían estimarse razonablemente para prevenir, diagnosticar, aliviar, corregir, curar o evitar el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro su vida, le generan sufrimiento o dolor, causan deformidad o mal funcionamiento físico, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultan en una enfermedad o dolencia; **y**
- no existe ningún otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, funcione tan bien y sea adecuado para usted, y que sea menos costoso.

Es posible que nuestro plan deba aprobar su medicamento, según ciertos criterios, antes de cubrirlo. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo obtener sus medicamentos con receta.....	135
A1. Obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red	135
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al obtener un medicamento con receta.....	135
A3. Qué hacer si cambia de farmacia dentro de la red	135
A4. Qué hacer si su farmacia deja de formar parte de la red.....	135
A5. Usar una farmacia especializada.....	136
A6. Usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	136
A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	138
A8. Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	138
A9. Reembolso por un medicamento con receta	139
B. Lista de medicamentos de nuestro plan.....	139
B1. Medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	139



B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	140
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	140
C. Límites en algunos medicamentos.....	142
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	143
D1. Obtener un suministro temporal	144
D2. Solicitar un suministro temporal.....	146
D3. Solicitar una excepción.....	146
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	147
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	149
F1. En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan.....	149
F2. En un centro de atención a largo plazo.....	149
F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare.....	150
G. Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos.....	150
G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura.....	150
G2. Programas para ayudarle a gestionar sus medicamentos	151
G3. DMP para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura los medicamentos opioides	152



A. Cómo obtener sus medicamentos con receta

A1. Obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, cubrimos los medicamentos con receta solo cuando se obtienen en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. (Para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la **Sección A8**).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al miembro.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al obtener un medicamento con receta

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

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro a mano cuando vaya a pedir su medicamento con receta, solicite a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria; o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo recoja. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios al miembro de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.
- Si necesita ayuda para obtener sus medicamentos con receta, comuníquese con Servicios al miembro.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia dentro de la red

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

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia dentro la red, comuníquese con Servicios al miembro.

A4. Qué hacer si su farmacia deja de formar parte de la red

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

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al miembro.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



A5. Usar una farmacia especializada

A veces debe obtener sus medicamentos con receta en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se incluyen las siguientes:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo, por ejemplo, un centro de atención de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios al miembro.
- Farmacias que brindan servicios al Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que proveen medicamentos limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Este escenario debería darse en contadas ocasiones). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el Directorio de *proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al miembro.

A6. Usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, pueden utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 100 días como máximo y un suministro para 31 días como máximo en el caso de medicamentos de especialidad. Usted paga \$0.

Obtener sus medicamentos con receta por correo

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, puede elegir una de las tres opciones:

- Llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.
- Visite nuestro sitio web www.ccama.org y consulte la información del 'Mail Order Program' (Programa de pedidos por correo) en 'Pharmacy Programs' (Programas de farmacia).

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Hablar con su equipo de atención.

Por lo general, un medicamento con receta por correo llega dentro de 14 a 21 días. Si por algún motivo su pedido por correo se demora, llame a Servicios al miembro. Le ayudaremos a obtener los medicamentos con receta que necesita.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que obtiene de usted, las recetas nuevas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus medicamentos con receta que pide por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia obtiene de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente los nuevos medicamentos con receta que usted le solicita.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunica con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o en un momento posterior.

- Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para optar por no recibir entregas automáticas de nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con Servicios al miembro.

3. Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo

Para que le resurtan sus medicamentos con receta, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Con este programa comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que debería estar cerca de quedarse sin medicamentos.

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

- Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia de 14 a 21 días antes de que se acabe su surtido actual para asegurarnos de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara resurtidos automáticos de pedidos por correo, comuníquese con Servicios al miembro.

Informe a la farmacia las mejores formas de comunicarse con usted para que puedan comunicarse con usted y confirmar su pedido antes del envío. Llame a la farmacia para confirmar su información de contacto.

A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias* se detallan las farmacias que le pueden proporcionar suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al miembro para obtener más información.

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

A8. Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtengan en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con Servicios al miembro para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

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

- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, pierde o se le acaban sus medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red. Antes de obtener su medicamento con receta en una farmacia fuera de la red, llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, para averiguar si hay una farmacia de la red en el área en la que viaja. Si no hay farmacias de la red en esa área, Servicios al miembro puede hacer arreglos para que obtenga sus medicamentos con receta de una farmacia fuera de la red. De lo contrario, es posible que deba pagar el costo total cuando obtenga su

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



medicamento con receta. Puede solicitarnos el reembolso del costo del medicamento que haya comprado. Para saber cómo y dónde enviar su solicitud de pago, consulte el Capítulo 7. No podemos pagar ningún medicamento con receta que obtenga en una farmacia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, incluso en caso de una emergencia médica.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas (dentro de una distancia razonable en automóvil).
- Si trata de obtener un medicamento con receta cubierto que no está en el inventario habitual de una farmacia minorista o de pedido por correo de la red (estos medicamentos incluyen, por ejemplo, medicamentos huérfanos u otros medicamentos especializados).
- Si durante un desastre declarado no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red.

En estos casos, cubriremos un suministro para 31 días de los medicamentos con receta cubiertos que se obtienen en una farmacia fuera de la red.

A9. Reembolso por un medicamento con receta

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total cuando obtenga su medicamento con receta. Usted puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero.

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

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. La denominamos “*Lista de medicamentos*” para abreviarla.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente cubrimos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted cumple con las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos de los siguientes productos conforme a MassHealth (Medicaid): algunos medicamentos con receta, medicamentos de venta libre (OTC) y productos no farmacológicos.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



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

Un medicamento de marca es un medicamento 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”, esto podría significar a un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos están compuestos de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales, pero suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden reemplazarse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una nueva receta, como los medicamentos genéricos pueden reemplazarse por los medicamentos de marca.

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

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de OTC. Algunos medicamentos de OTC cuestan menos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios al miembro.

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

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

- Visitar el sitio web de nuestro plan en www.ccama.org. La *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a Servicios al miembro para saber si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en www.ccama.org para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* y obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios al miembro.

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

No cubrimos todos los medicamentos.



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

Nuestro plan no cubre los tipos de medicamentos que se describen en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted mismo. Si cree que debemos cubrirle el medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre apelaciones.

A continuación se presentan tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

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

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

- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o de los síntomas del resfriado.
- 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.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para pacientes externos fabricados por una compañía que dice que usted debe hacerse pruebas o recibir servicios realizados únicamente por ellos.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. En general, nuestras normas lo alientan a obtener un medicamento que sea adecuado para su afección médica y que resulte seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como uno más costoso, esperamos que su médico le recete el de menor costo.

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 discrepar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor, y es posible que se apliquen diferentes restricciones a diferentes versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Cuando un medicamento tiene una norma especial, por lo general se requieren gestiones adicionales de su parte o de su médico para que esté cubierto. Por ejemplo, es posible que su médico deba indicarnos cuál es su diagnóstico o enviarnos resultados de análisis de sangre primero. Si usted o su médico creen que esta regla no corresponde a su situación, pueden pedirnos una excepción mediante el proceso de decisiones de cobertura. Podemos autorizar –o no– que utilice el medicamento sin realizar trámites extra.

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

1. Limitación en el uso de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando existe, respectivamente, una versión genérica o un biosimilar intercambiable disponible

En general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica o un biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o de un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le entregarán, respectivamente, la versión genérica o el biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca ni el producto biológico original cuando existe una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó la razón médica por la cual el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no es adecuado para usted, o indicó “No sustituir” en la receta de un medicamento de marca o producto biológico original, o nos explicó por qué el genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos para la misma afección no son adecuados para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o el médico deben obtener la autorización de nuestro plan antes de surtir la receta. Esto se denomina autorización previa. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios al miembro al número que aparece en la parte inferior de la página o a nuestro sitio web en www.ccama.org para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Cómo probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de efectivos antes de cubrir medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que le solicitemos que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no le resulta, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame a Servicios al miembro al número que aparece en la parte inferior de la página o a nuestro sitio web en www.ccama.org para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede recibir. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de cierto medicamento, podríamos limitar la cantidad que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al miembro o visite nuestro sitio web en www.ccama.org. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de que la cobertura de sus medicamentos funcione bien para usted, pero a veces un medicamento puede no estar cubierto de la manera que usted desea. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una



Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.

versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos evaluado para determinar su seguridad y eficacia.

Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas o límites especiales en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior (Sección C), algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o su médico pueden solicitar una excepción.

Hay opciones disponibles si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en nuestra *Lista de medicamentos* o tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su médico sobre obtener un medicamento diferente o para solicitarnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos reglas siguientes:

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- ahora tiene alguna limitación.

2. Debe encontrarse en una de estas situaciones:

- Estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es por hasta 31 días.
 - Si su receta está escrita para menos días, permitimos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicación. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Es nuevo en nuestro plan.

- Cubrimos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
- Este suministro temporal es por hasta 31 días.
- Si su receta está escrita para menos días, permitimos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días de medicación. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Si ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:
 - Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta indica menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Para quienes tienen una transición de nivel de atención:
 - Proporcionaremos un suministro de emergencia para al menos 31 días (a menos que la receta esté indicada para menos días) para todos los medicamentos que no estén en el formulario, incluidos los que pueden tener requisitos de tratamiento escalonado o autorización previa. Un nivel de atención no planeado podría incluir cualquiera de las siguientes situaciones:
 - El alta de un centro de atención a largo plazo o la admisión en este.
 - El alta de un hospital o la admisión en este.
 - Un cambio de nivel de un centro de atención de enfermería especializada.

Para medicamentos de MassHealth (Medicaid):

- Es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro del medicamento de MassHealth (Medicaid) durante 90 días o hasta que se complete su evaluación integral y su plan de atención, o menos si su receta indica menos días.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al miembro al 866-610-2271 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.



D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al miembro.

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

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios al miembro para solicitar una lista de medicamentos que cubrimos y que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser adecuado para usted.

O BIEN

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarle a solicitarla.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que toma será retirado de nuestra *Lista de medicamentos* o tendrá alguna limitación el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes de que comience el año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitarnos que se haga una excepción y que cubramos el medicamento el próximo año de la manera que usted desee.
- Daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud (o declaración de su médico que respalda su solicitud).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios al miembro.



E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

Decidir si se requiere o no autorización previa (PA) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).

Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).

Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

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

Si toma un medicamento que cubrimos a **principios** de año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

aparezca un medicamento nuevo y más barato en el mercado que funciona tan bien como un medicamento que figura actualmente en nuestra *Lista de Medicamentos*, o

nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o

un medicamento se retire del mercado.

¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando?

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

- consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual en línea en www.ccama.org o
- llamar a Servicios al miembro al número que aparece en la parte inferior de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Cambios que hacemos en la *Lista de medicamentos* que lo afectan durante el año actual del plan

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se producirán de inmediato. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- Se lanza un nuevo medicamento genérico. A veces, un nuevo medicamento genérico o biosimilar llega al mercado y funciona tan bien como un medicamento de marca o producto

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



biológico original que ya está en la *Lista de medicamentos* actual. Cuando eso ocurra, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo. Al agregar el nuevo genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero modificar sus reglas de cobertura o límites.

- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que ocurra.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre excepciones.

Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, un medicamento puede resultar inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio.

Si se le notifica que un medicamento que está tomando será retirado del mercado, siga uno de los siguientes pasos.

- Hable con su coordinador de la atención de CCA, o
- comuníquese de inmediato con su médico para solicitar una receta alternativa.

Podemos realizar otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informamos con antelación sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

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

Cuando ocurren estos cambios, nosotros:

- le informamos al menos 30 días antes de hacer el cambio en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 31 días después de que solicite un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le recete medicamentos. Pueden ayudarle a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar, o

- si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

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

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usted toma que no se describen anteriormente y que no le afectan actualmente. Para esos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **principio** de año, generalmente no retiramos ni modificamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que usted está tomando o limitamos su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento durante el resto del año.

Si ocurre alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando (excepto los cambios mencionados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan

Si lo admiten en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos durante la estadía. No pagará copago. Una vez que salga del hospital o del centro de atención de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como un centro de atención de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede recibir sus medicamentos a través de la farmacia del centro, siempre que forme parte de nuestra red.

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

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



F3. En un programa de hospicio certificado por Medicare

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

Es posible que esté inscrito en un programa de hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (p. ej., para el dolor, antináuseas, laxantes o ansiolíticos) que su hospicio no cubre porque no están relacionados con su pronóstico terminal o sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del médico o del proveedor del hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de poder cubrirlo.

Para evitar demoras en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor del hospicio o a su médico que se aseguren de enviarnos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de solicitar a una farmacia que surta su receta.

Si sale del hospicio, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que ya no está en hospicio.

Consulte las secciones anteriores de este capítulo que explican los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre el beneficio de hospicio.

G. Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos

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

Cada vez que surta una receta, revisamos posibles problemas, como errores con los medicamentos o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar que tiene el mismo efecto.
- pueden no ser seguros para su edad o género.
- podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo que otros medicamentos.
- contienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico.
- pueden tener un error en la cantidad (dosis).
- tienen cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

Si detectamos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajamos con su proveedor para corregirlo.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



G2. Programas para ayudarle a gestionar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En estos casos, usted podría ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno, a través de un programa Medication Therapy Management (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le realizará una revisión completa de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma.
- cualquier preocupación que tenga, como el costo de los medicamentos o posibles reacciones.
- la mejor manera de tomar sus medicamentos.
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta o de venta libre.

Luego le darán lo siguiente:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen incluye un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para usarlos de la mejor manera.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, la cantidad, y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es recomendable hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a sus citas o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de salud.
- Lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

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

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios al miembro.

G3. DMP para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se utilizan de manera indebida. Este programa se denomina Drug Management Program (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varias personas autorizadas a emitir recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con la persona autorizada a emitir recetas para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con la persona autorizada a emitir recetas, decidimos que el uso de los medicamentos opioides o las benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinadas personas autorizadas a emitir recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá obtener las recetas de estos medicamentos únicamente de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que conozcamos. Después de que tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su proveedor pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos negando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones que afectan su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una organización de revisión independiente (IRO). (Para obtener más información sobre apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*).

- El DMP podría no ser aplicable para usted si:
- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el fin de la vida, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid)

Introducción

En este capítulo se explica cuánto paga usted por sus medicamentos para pacientes externos. Por “medicamentos” nos referimos a:

- medicamentos de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y productos cubiertos por Medicaid, **y**
- medicamentos y productos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Como es elegible para MassHealth (Medicaid), recibe Extra Help de Medicare para cubrir el costo de sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

Extra Help es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Extra Help también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”. **Como miembro de Senior Care Options (SCO), MassHealth (Medicaid) cubre los costos restantes que Medicare no cubre para los costos de medicamentos de la Parte D de Medicare.**

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

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede consultar los siguientes recursos:

- Nuestra Lista de medicamentos cubiertos.
 - A esto le llamamos la *Lista de medicamentos*. En él, se le explica lo siguiente:
 - Qué medicamentos cubrimos.
 - Si existen límites en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al miembro. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en www.ccama.org.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no están cubiertos por nuestro plan.
 - Cuando use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para consultar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2** del **Capítulo 5**), el costo que se muestra es una estimación de los costos que paga de su bolsillo previstos. Puede llamar a Servicios al miembro para obtener más información.
- Nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que aceptan trabajar con nosotros.
 - En el *Directorio de proveedores y farmacias* se enumeran nuestras farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB)	155
B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos	156
C. No paga nada por un suministro de un mes o a largo plazo de medicamentos	157
C1. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	157
D. Lo que paga por las vacunas de la Parte D	158
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	158



A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de sus medicamentos con receta. Registramos dos tipos de costos:

- **Los costos que paga de su bolsillo.** Es la cantidad de dinero que usted, o personas en su nombre, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que pagó al obtener un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago realizado por familiares o amigos, pagos de Extra Help de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAP). Con nuestro plan, no tendrá que pagar nada por sus recetas, siempre que siga las reglas del Capítulo 5. Los gastos que paga de su bolsillo serán nulos.
- **Los costos totales de sus medicamentos.** Es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*, que abreviamos como EOB. La EOB no es una factura. Contiene información adicional sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información para el mes.** En el resumen se indica qué medicamentos recibió durante el mes anterior. Además, se muestran los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Aquí se muestran 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.** Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio desde el primer surtido de cada receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando corresponda, habrá información sobre otros medicamentos disponibles con un menor costo compartido para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.



B. Cómo hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Aquí le explicamos cómo puede ayudarnos:

1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de miembro cada vez obtenga el surtido de un medicamento con receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y cuánto paga por ellas.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted haya pagado. Puede solicitarnos que le reembolsemos lo que pagó por el medicamento.

A continuación, se presentan ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:

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

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso de lo que pagó por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizan por usted.

4. Consulte las EOB que le enviamos.

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

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Recibió los medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos que aparecen en la lista?** ¿Coinciden con los de sus recibos? ¿Coinciden con lo que su médico le recetó?

¿Qué hacer si encuentra errores en este resumen?

Si algo le resulta confuso o parece incorrecto en esta EOB, comuníquese con Servicios al miembro de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) Senior Care Options (HMO D-SNP).

¿Qué pasa con posibles fraudes?

Si en este resumen se muestran medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra información que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios al miembro de Senior Care Options de CCA.
- O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.

Si cree que algo está mal o falta información, o si tiene alguna duda, llame a Servicios al miembro. Conserve estas EOB, ya que son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. No paga nada por un suministro de un mes o a largo plazo de medicamentos

Con nuestro plan, no paga nada por los medicamentos cubiertos, siempre que siga nuestras reglas.

C1. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo puede ser de hasta 100 días. No tiene ningún costo para usted.

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

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



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

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

La cobertura de las vacunas de la Parte D de Medicare se divide en dos partes:

1. La primera parte corresponde al costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte corresponde al costo de administrarle la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna mediante una inyección aplicada por su médico.

D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios al miembro si prevé vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna.



Capítulo 7: Solicitarnos el pago de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

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

Índice

A. Solicitar el pago de sus servicios o medicamentos.....	160
B. Envío de una solicitud de pago	163
C. Decisiones de cobertura.....	168
D. Apelaciones.....	168



A. Solicitar el pago de sus servicios o medicamentos

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

No permitimos que los proveedores de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) le cobren por estos servicios. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, no la pague y envíenosla.

Para enviarnos una factura, consulte el Capítulo 9.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que se le reembolse.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, se lo reembolsaremos.
 - Si pagó por servicios cubiertos por MassHealth (Medicaid), no podemos reembolsarle, pero el proveedor o MassHealth (Medicaid) lo harán. Servicios al miembro puede ayudarlo a comunicarse con la oficina del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para ver el número de teléfono de Servicios al miembro.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios al miembro si tiene alguna duda. Si recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea proporcionarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Entre los ejemplos de situaciones en las que puede necesitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió se incluyen las siguientes:

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

Solicite al proveedor que nos facture.

- Si paga el monto total al recibir la atención, solicite que le reembolsemos. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se solicite un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Si es necesario pagar al proveedor, le pagaremos directamente.
- Si ya pagó el servicio de Medicare, le reembolsaremos el dinero.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante mostrar su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o medicamento. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por los servicios o más de su parte de los costos. **Llame a Servicios al miembro** al número que aparece al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Como nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de pago. Le reembolsaremos por los servicios cubiertos.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva (esto significa que la fecha de inicio de su inscripción ya pasó, incluso podría haber sido el año pasado).

- Si se inscribió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitar que le reembolsemos.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, paga el costo total de su receta.

- Solo en algunos casos cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando solicite que le reembolsemos.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de la receta porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro a mano, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que consulte la información de su inscripción en el plan.

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

6. Cuando paga el costo total de la receta de un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* en nuestro sitio web, o puede tener un requisito o restricción que usted desconozca o que considere que no se aplica a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*).
 - Si usted y su médico u otro prescriptor consideran que necesita el medicamento de inmediato (dentro de 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando solicite que le reembolsemos. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro médico que le recetó el medicamento para reembolsarle el dinero. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es superior a nuestro precio negociado del medicamento con receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debe ser cubierto. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, lo pagamos.

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

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



B. Envío de una solicitud de pago

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

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reembolso para realizar su solicitud de pago. No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe estar firmada por usted, por un representante autorizado o por una persona autorizada a emitir recetas. A continuación, se detalla la información necesaria para procesar su solicitud:

- Nombre y apellido
- Identificación de miembro o fecha de nacimiento
- Nombre del proveedor de servicios/suministros e Identificación Nacional de Proveedor (NPI)
- Fechas del servicio
- Códigos CPT
- Códigos de diagnóstico
- Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben indicar lo siguiente:
 - Lugar y fecha de compra
 - Monto total pagado
 - Productos o servicios para reembolsar
- El recibo o la factura deben incluir los códigos de diagnóstico y procedimiento. Si una factura detallada no está disponible, puede enviar una declaración del proveedor con su papel membretado. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará las solicitudes de reembolso para los productos comprados con certificados de regalo o tarjetas de regalo. CCA no reembolsará los cupones.
- Sería útil que indique el tipo de servicio:
 - Salud médica o conductual
 - Servicios dentales
 - Equipos o suministros
 - Entrega de comidas
 - Transporte

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.ccama.org) o llamar a Servicios al miembro y solicitar el formulario.

Envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Member Services Department
30 Winter Street, 11th Floor
Boston, MA 02108
Fax: 617-426-1311

Debe presentarnos su reclamo dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Reembolso de medicamentos con receta (Parte D)

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), CVS Caremark, para brindar reembolsos de medicamentos con receta de la Parte D.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reembolso de medicamentos con receta para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario de reembolso de medicamentos con receta, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe estar firmada, con fecha, por usted, por un representante autorizado o por una persona autorizada a emitir recetas. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
 - Nombre y apellido
 - Número de teléfono.
 - Fecha de nacimiento.
 - Género
 - Identificación de miembro.
 - Dirección postal.
 - Complete la sección Información sobre sus medicamentos con receta.
 - Para medicamentos con receta o vacunas compuestos, incluya el formulario adicional correspondiente.
 - Firma y fecha de la firma.
 - Nombre y dirección de la farmacia o número de la NABP de la farmacia.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Nombre del médico que receta.
 - Dirección del médico que receta.
 - Número de teléfono del médico que receta.
 - Fechas en que se obtuvo el medicamento con receta.
 - Nombre del medicamento.
 - Número de la receta
 - Para los medicamentos compuestos, se necesita la siguiente información:
 - Forma final del compuesto (crema, parches, supositorio, suspensión, etc.)
 - Tiempo dedicado a la preparación del medicamento
 - Ingredientes compuestos
 - Código nacional de medicamentos.
 - Cantidad.
 - Días de suministro.
 - Recibo o comprobante de pago, que debe incluir lo siguiente:
 - Nombre del paciente
 - Número de la receta
 - Código nacional de medicamentos
 - Fecha de obtención
 - Cantidad de medicamento dispensado
 - Días de suministro dispensado
 - Monto total pagado
 - Monto pagado por el miembro.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.ccama.org) o llamar a Servicios al miembro y solicitar el formulario.

Envíe su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a CVS Caremark, a la siguiente dirección:

CVS Caremark
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Debe presentarnos su reclamo dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.



Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.

Reembolso de servicios de la vista

El reembolso de la atención de la vista de rutina es diferente del reembolso de los servicios médicos. El plan se asocia con EyeMed para brindar reembolsos de atención de la vista de rutina. En algunas situaciones, puede que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reembolso de EyeMed para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario de reembolso, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe estar firmada, con fecha, por usted, por un representante autorizado o por una persona autorizada a emitir recetas. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
 - Fecha de nacimiento del miembro
 - Nombre y apellido Género
 - Dirección del miembro
 - Últimos cuatro dígitos del número de Social Security del miembro
 - Fecha del servicio
 - Tipo de lente
 - Información del proveedor (nombre, dirección, ciudad y estado)
 - Recibo detallado, incluidos los servicios pagados por código, fecha de servicio y método de pago
 - Forma de pago
- El recibo o la factura deben incluir los códigos de diagnóstico y procedimiento. Si una factura detallada no está disponible, puede enviar una declaración del proveedor con su papel membretado. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. No aceptaremos las solicitudes de reembolso para los productos comprados con certificados de regalo o tarjetas de regalo. No reembolsaremos los cupones.
 - Comprobante de pago
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.ccama.org) o llamar a Servicios al miembro y solicitar el formulario, o enviar por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a EyeMed a esta dirección: First American Administrators, Inc. Attn: OON Claims, PO Box 8504, Mason, OH 45040-7111. Debe presentarnos su reclamo dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Debe presentarnos su reclamo dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Reembolso de beneficios auditivos

El reembolso de atención auditiva de rutina es diferente del reembolso de servicios médicos. El plan trabaja en asociación con su administrador de beneficios de la vista, NationsHearing, para proporcionar reembolsos de beneficios auditivos de rutina. En algunas situaciones, puede que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reembolso para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario de reembolso, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe estar firmada, con fecha, por usted, por un representante autorizado o por una persona autorizada a emitir recetas. Debe incluir la siguiente información con su solicitud:
 - Nombre y apellido
 - Identificación de miembro o fecha de nacimiento
 - El nombre del proveedor del servicio o suministro y su NPI
 - Fechas del servicio
 - Códigos CPT
 - Códigos de diagnóstico
 - Debe incluir una copia del recibo y una factura detallada de los servicios o suministros. Los recibos deben indicar lo siguiente:
 - Lugar y fecha de compra
 - Monto total pagado
 - Productos o servicios para reembolsar
 - El recibo o la factura deben incluir los códigos de diagnóstico y procedimiento. Si una factura detallada no está disponible, puede enviar una declaración del proveedor con su papel membretado. Tanto su recibo como su factura detallada deben ser fáciles de leer. CCA no aceptará las solicitudes de reembolso para los productos comprados con certificados de regalo o tarjetas de regalo. CCA no reembolsará los cupones.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.ccama.org) o llamar a Servicios al miembro y solicitar el formulario.

Para enviar su solicitud por correo electrónico, ingrese en línea en OONClaims@nationsbenefits.com y envíe su solicitud de pago junto con su acuerdo de compra, el comprobante de pago y el audiograma.

Debe presentarnos su reclamo dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.



Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, producto o medicamento. También decidimos el monto de dinero que, si corresponde, deberá pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, producto o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque. 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 es mayor que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* se explican las reglas para que sus servicios sean cubiertos. En el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* se explican las reglas para que sus medicamentos de la Parte D de Medicare sean cubiertos.

- Si decidimos no pagar por el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con las razones. En la carta también se explican sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la **Sección E** del **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

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

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo se incluyen sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos honrar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Índice

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	170
B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	171
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI).....	172
C1. Cómo protegemos su PHI	172
C2. Su derecho a consultar su historial médico	172
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	183
E. Incapacidad de los proveedores de red para facturarle directamente	184
F. Su derecho a abandonar nuestro plan	184
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	185
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	185
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo	185
G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones	187
H. Su derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones	187
H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos .	187
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	188
J. Recuperación de patrimonio	189



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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para personas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o de diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios al miembro. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluido el español, y en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios al miembro o escriba a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP). Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, para solicitar información en otros idiomas y formatos. La llamada es gratuita. Para futuros envíos, conservaremos su solicitud de formatos alternativos y/o idiomas especiales en nuestros registros. Puede cambiar sus preferencias de comunicación con nosotros en cualquier momento llamando a Servicios al miembro. Puede comunicarse con el oficial de accesibilidad y adaptaciones, quien también es el oficial de cumplimiento de la ADA, para solicitar una adaptación razonable en:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attn: ADA Officer
2 Avenue de Lafayette, 5th Floor
Boston, MA 02111
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711)
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan debido al lenguaje o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9 am a 4 pm.
 - Use el número 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla.
 - Comuníquese por videollamada (VP) al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con problemas auditivos.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- MassHealth (Medicaid) Customer Service Center al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Office for Civil Rights al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros*.
 - Llame a Servicios al miembro o visite el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. **No** requerimos que obtenga remisiones.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención que necesite con urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a obtener sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros*.

En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* se explica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También se informa qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



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

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye su historial médico y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos con respecto a su información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso escrito que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso sobre prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no consulten ni modifiquen sus registros.

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

A veces no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. Las siguientes excepciones están permitidas o son obligatorias por ley:

- Debemos revelar la PHI a las agencias del gobierno que controlan nuestra calidad de atención.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare revela su PHI para investigación u otros usos, se hará de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar su historial médico

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, y a obtener una copia de sus registros.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.
- Usted tiene derecho a saber cómo se comparte su PHI con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene dudas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al miembro.



Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a esta información. Revíselo detenidamente.

Fecha de entrada en vigencia: 31 de julio de 2025

Commonwealth Care Alliance, Inc., está obligado por ley (i) a proteger la privacidad de su **Información médica (que incluye la información de salud conductual)**; (ii) a brindarle este Aviso sobre prácticas de privacidad que explica nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información médica; y (iii) a notificarle si su Información médica no cifrada se ve afectada por una infracción.

Nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso y de hacer que los cambios entren en vigencia para toda la Información médica que administramos. Si hacemos un cambio sustancial en el Aviso, (i) publicaremos el Aviso actualizado en nuestro sitio web; (ii) publicaremos el Aviso actualizado en cada una de las ubicaciones de servicio de Nuestros Proveedores de Atención Médica; y (iii) pondremos a disposición copias del Aviso actualizado cuando se solicite. También le enviaremos a los Miembros de Nuestro Plan de Salud información sobre el Aviso actualizado y cómo obtenerlo (o una copia del Aviso) en el próximo correo anual a los Miembros. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso que está vigente actualmente.

Información de contacto: Si tiene preguntas sobre la información de este Aviso o desea ejercer sus derechos o presentar un reclamo, póngase en contacto con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attention: Privacy Officer
2 Avenue de Lafayette
Boston, MA 02110
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

SECCIÓN 1: Compañías a las que se aplica este Aviso

Este Aviso se aplica a Commonwealth Care Alliance, Inc. y a sus filiales que están sujetas a la Norma de Privacidad de la HIPAA como “entidades cubiertas”. Algunas de estas filiales son “**Nuestros Planes de Salud**”, compañías que brindan o pagan beneficios de Medicare, beneficios de Medicaid u otros beneficios de atención médica, como una aseguradora de salud o una HMO. Otras subsidiarias son Nuestros Proveedores de Atención Médica (“**Nuestros Proveedores**”) que les brindan tratamientos a pacientes, como clínicas de atención primaria.

En este Aviso se describe cómo todas estas entidades utilizan y divulgan su Información médica y sus derechos con respecto a esa información. En la mayoría de los casos, Nuestros Planes de Salud utilizan y divulgan su Información médica de la misma manera que Nuestros Proveedores y sus derechos a su Información médica son los mismos. Sin embargo, cuando



Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.

existen diferencias, en este Aviso se explicarán esas diferencias describiendo cómo tratamos de manera diferente la Información médica sobre un **Miembro del Plan de Salud** y la Información médica sobre un **Paciente del Proveedor**.

Los Planes de salud y los Proveedores a los que se aplica este Aviso incluyen los siguientes:

Nuestros Planes de Salud

- Commonwealth Care Alliance One Care
- Commonwealth Care Alliance Senior Care Options

Nuestros Proveedores de Atención Médica

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
- instED®
- Marie's Place
- Community Intensive Care, Inc.

SECCIÓN 2: Información que recopilamos y protegemos:

Las personas son responsables de proporcionar Información médica correcta y completa a Commonwealth Care Alliance, Inc., y sus filiales (CCA) para ofrecer servicios de calidad. CCA se compromete a proteger la confidencialidad de la Información médica de las personas que se recopila o crea, en forma física, electrónica y oral, como parte de nuestras operaciones y prestación de servicios. Cuando interactúa con nosotros a través de nuestros servicios, es posible que recopilemos su Información médica y otra información, tal y como se describe a continuación.

La Información médica puede incluir información personal, pero toda se considera Información médica cuando la proporcione a través de los siguientes servicios, o en relación con ellos:

- Recopilamos su información, como las direcciones de correo electrónico, información personal, financiera o demográfica, cuando nos proporciona dicha información voluntariamente, como (entre otros) cuando se comunica con nosotros con consultas, completa formularios en línea, responde una de nuestras encuestas, responde a un material publicitario o promocional, se registra para acceder a nuestros servicios, o utiliza ciertos servicios.

La Información protegida de salud (PHI) que recopilamos, utilizamos y podemos compartir puede estar en forma oral, escrita o electrónica e incluye lo siguiente:

- Su nombre, número de seguro social, dirección y fecha de nacimiento
- Sexo asignado al nacimiento

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Raza/origen étnico
- Idioma
- Historia clínica
- Información de inscripción con CCA u otro plan de salud
- Identidad de género
- Orientación sexual
- Pronombres preferidos

SECCIÓN 3: Cómo utilizamos y divulgamos su Información médica

En esta sección de nuestro Aviso, se explica cómo podemos utilizar y divulgar su Información médica para brindar atención médica, pagar por la atención médica, recibir el pago de dicha atención y operar nuestra empresa de manera eficiente. En esta sección, también se describen otras circunstancias en las que podemos utilizar o divulgar su Información médica.

Nuestro modelo de atención requiere que Nuestros Planes de Salud y Nuestros Proveedores de Atención Médica trabajen juntos con otros proveedores de atención médica para brindarle servicios médicos. Nuestro personal profesional, los médicos y otros proveedores de atención (conocidos como un “Equipo de atención”) tienen acceso a su Información médica y se la comparten entre ellos según sea necesario para realizar el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según lo permitido por la ley.

Tratamiento: Nuestros Proveedores pueden utilizar la Información médica del paciente y es posible que divulguemos Información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica en relación con su tratamiento y la coordinación y administración de su atención médica con otros.

Ejemplo: se le da el alta de un hospital. Nuestro profesional en enfermería puede divulgar su Información médica a una agencia de atención médica a domicilio para asegurarse de que obtenga los servicios que necesita después del alta del hospital.

Ejemplo: selecciona un Proveedor de atención primaria. Es posible que le proporcionemos a su Proveedor de atención primaria algo de información sobre usted, como su número de teléfono, dirección y que prefiere hablar español para que el proveedor de atención primaria pueda comunicarse con usted para programar la atención o enviarle recordatorios.

Pago: es posible que utilicemos y divulguemos su Información médica para pagar los servicios de atención médica que recibió y para recibir el pago de otros por dichos servicios.

Ejemplo: para procesar y pagar las reclamaciones por los servicios de atención médica y el tratamiento que recibió.

Su médico puede enviarle a Nuestro Plan de Salud una reclamación por los servicios de atención médica que le brindaron. El Plan de salud puede usar esa información para pagar la reclamación de su médico y puede divulgarle la Información médica a Medicare o a MassHealth cuando el Plan de salud solicita el pago de los servicios.

Ejemplo: Para proporcionarle información a un médico o al hospital para confirmar sus beneficios.

Operaciones de atención médica: podemos utilizar y divulgar su Información médica para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permiten administrar los beneficios a los que tiene derecho en virtud de Nuestro Plan de Salud y el tratamiento brindado por Nuestro Proveedor. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su Información médica por las siguientes razones:

- Revisar y evaluar las habilidades, las calificaciones y el rendimiento de los proveedores de atención médica que lo tratan.
- Cooperar con otras organizaciones que evalúan la calidad de la atención de los demás.
- Determinar si tiene derecho a recibir beneficios en virtud de nuestra cobertura; sin embargo, la ley nos prohíbe utilizar su información genética con fines de evaluación de riesgos.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de maneras en que utilizamos la PHI:

- Para revisar la calidad de la atención y los servicios que recibe.
- Para ayudarle y brindarle información y servicios, educativos y de mejora de la salud, por ejemplo, para afecciones como la diabetes.
- Para informarle de los servicios y programas adicionales que pueden ser de su interés o ayudarle, por ejemplo, un beneficio para ayudarle a pagar las clases de acondicionamiento físico.
- Para recordarle que se realice evaluaciones regulares de salud, pruebas de detección o controles.
- Para desarrollar programas e iniciativas de mejora de la calidad, incluidos la creación, el uso o el intercambio de datos desidentificados según lo permitido por la HIPAA.
- Para investigar y enjuiciar casos, como el fraude, el desperdicio o el abuso.

Actividades Conjuntas. Commonwealth Care Alliance, Inc., y sus filiales tienen un acuerdo para trabajar en conjunto para mejorar la salud y reducir los costos. Podemos participar en acuerdos similares con otros proveedores de atención médica y planes de salud. Podemos intercambiar su Información médica con otros participantes de estos acuerdos para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica relacionados con las actividades conjuntas de estos “acuerdos de atención médica organizados”.

Personas involucradas en su atención: podemos divulgar su Información médica a un pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención médica. Por ejemplo, si nos pide que compartamos su Información médica con su cónyuge, le divulgaremos su Información médica a su cónyuge. También podemos divulgar su Información médica a estas personas si usted no está disponible para aceptar y determinamos que es lo más conveniente para usted. En caso de emergencia, podemos utilizar o divulgar su Información médica a un familiar, otra persona involucrada en su atención médica o una organización de socorro en desastres (como la Red Cross), si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o afección.

Según lo estipula la ley: utilizaremos y divulgaremos su Información médica cada vez que la ley lo exija. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- Divulgaremos Información médica en respuesta a una orden judicial o en respuesta a una citación.
- Utilizaremos o divulgaremos Información médica para ayudar con un producto retirado del mercado o informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Divulgaremos Información médica a una agencia de supervisión de la salud, una agencia responsable de supervisar los planes de salud, los proveedores de atención médica, el sistema de atención médica en general o ciertos programas gubernamentales, como Medicare y MassHealth.
- Divulgaremos la Información médica de una persona a alguien que reúne los requisitos como su Representante personal. Una “Representante personal” tiene la autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el padre o tutor de un niño, una persona con un poder de representación para las decisiones de atención médica o un tutor designado por el tribunal para una persona con discapacidad.

Amenaza para la salud o la seguridad: podemos utilizar o divulgar su Información médica si consideramos que es necesario prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.

Actividades de salud pública: podemos utilizar o divulgar su Información médica para actividades de salud pública, como investigar enfermedades, informar sobre abuso y negligencia, infantil o doméstica, y monitorear medicamentos o dispositivos regulados por la Food and Drug Administration.

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar Información médica a un funcionario responsable del cumplimiento de la ley con fines específicos y limitados, como divulgaciones de Información médica sobre la víctima de un crimen o en respuesta a una citación del gran jurado. También podemos divulgar Información médica sobre un recluso de una institución correccional.

Médicos forenses y otros: podemos divulgar Información médica a un médico forense, un examinador médico o un director de funerarias o a organizaciones que ayudan con trasplantes de órganos, ojos y tejidos.

Compensación laboral: podemos divulgar Información médica según lo autorizan las leyes de compensación laboral, y en cumplimiento de ellas.

Organizaciones de investigación: Podemos utilizar o divulgar su Información médica para investigaciones que cumplan con ciertas condiciones sobre la protección de la privacidad de la Información médica.

Ciertas funciones gubernamentales: podemos utilizar o divulgar su Información médica para ciertas funciones gubernamentales, incluidas, entre otras, las actividades del ejército y de veteranos, y las actividades de seguridad nacional e inteligencia.

Socios comerciales: tenemos un contrato con proveedores para realizar funciones en nuestro nombre. A estos “**socios comerciales**”, les permitimos recopilar, utilizar o divulgar Información médica en nuestro nombre para realizar estas funciones. Obligamos contractualmente a nuestros socios comerciales (y ellos están obligados por ley) a proporcionar las mismas protecciones de privacidad que nosotros ofrecemos.

Comunicaciones para recaudación de fondos: podemos utilizar o divulgar Información médica para la recaudación de fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nosotros (o en nuestro nombre), puede optar por no participar en las actividades de recaudación de fondos futuras.

Restricciones adicionales respecto de la utilización y divulgación en virtud de las leyes estatales y otras leyes federales: Algunas leyes estatales u otras leyes federales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restringen aún más la utilización y divulgación de cierta información de salud sensible. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información:

1. Información sobre el consumo de alcohol y sustancias: La Información médica recibida de un programa de tratamiento de drogas o trastornos por uso de sustancias asistido federalmente (“Programas de la Parte 2”), a través de un consentimiento general que usted otorgue, puede utilizarse para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y volver a divulgarse de manera similar a su otra información. Esta información específica no será utilizada ni divulgada en procedimientos judiciales sin su autorización por escrito o una orden judicial.
2. Información biométrica
3. Información sobre abuso o negligencia de menores o adultos
4. Información sobre violencia doméstica
5. Información genética
6. Información sobre el HIV/AIDS
7. Información sobre salud conductual
8. Información sobre salud reproductiva y aborto

9. Información sobre enfermedades de transmisión sexual

Cuando las leyes estatales u otras leyes federales le ofrecen una mayor protección de la privacidad, cumpliremos con los requisitos más estrictos, cuando se apliquen a nosotros.

SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa

Excepto como se describe anteriormente, no utilizaremos o divulgaremos su Información médica sin su permiso por escrito (“**autorización**”). Es posible que nos comuniquemos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización para nuestros usos y divulgaciones, o puede comunicarse con nosotros para divulgarle su Información médica a otra persona y tendremos que pedirle que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito, puede revocarla (o cancelarla) en el futuro. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito (envíenosla utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso). Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su Información médica según la autorización, excepto en la medida en que hayamos actuado conforme a dicha autorización. Los siguientes son usos o divulgaciones de su Información médica para los cuales necesitamos su autorización por escrito:

- **Utilización o divulgación con fines de “marketing”:** Solo podemos utilizar o divulgar su Información médica con fines de “marketing” si tenemos su autorización por escrito. No obstante, podemos enviarle información sobre determinados productos y servicios relacionados con la salud sin su autorización por escrito, siempre y cuando nadie nos pague para enviar la información.
- **Venta de su Información médica:** Commonwealth Care Alliance, Inc., no venderá su Información médica. Para hacerlo, necesitaríamos su autorización por escrito.
- **Utilización y divulgación de notas de psicoterapia:** excepto en determinadas actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o según lo exigido por la ley, solo podemos utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización por escrito.

No utilizaremos de manera indebida su raza, origen étnico, idioma, situación de discapacidad, identidad de género u orientación sexual para lo siguiente:

- Determinar beneficios
- Pagar reclamaciones
- Determinar su costo o elegibilidad para los beneficios
- Discriminar a miembros o pacientes por cualquier motivo
- Determinar la disponibilidad o el acceso a servicios de atención médica o administrativos

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



SECCIÓN 5: Usted tiene derechos con respecto a su Información médica

Tiene ciertos derechos con respecto a su Información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede ponerse en contacto con nosotros utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso.

Derecho a una copia de este Aviso: tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el Aviso de manera electrónica.

Derecho de acceso para inspección y copia: tiene derecho a inspeccionar (ver o revisar) y recibir una copia o resumen de su Información médica que administramos en un “conjunto de registros designado”. Si mantenemos esta información de forma electrónica, puede obtener una copia electrónica de estos registros. También puede instruir a Nuestros Proveedores de Atención Médica para enviarle a un tercero una copia electrónica de la información sobre usted que administramos en un Registro médico electrónico. Debe proporcionarnos una solicitud por escrito para este acceso. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo para cubrir los costos de una copia de su Información médica. En virtud de la Norma de Privacidad de la HIPAA y en circunstancias muy limitadas, podemos denegar esta solicitud. Le brindaremos una denegación por escrito, a más tardar, en un plazo de 30 días calendario después de la solicitud (o no más de 60 días calendario si le comunicamos una extensión).

Derecho a solicitar que se modifique su Información médica: Si cree que la Información médica que tenemos es inexacta o está incompleta, tiene derecho a solicitar que la modifiquemos, corrijamos o completemos. Su solicitud debe hacerse por escrito e incluir una explicación de por qué nuestra información debe cambiarse. Si estamos de acuerdo, cambiaremos su información. Si no estamos de acuerdo, le brindaremos una explicación con futuras divulgaciones de la información.

Derecho a un registro de divulgaciones: tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hacemos sobre su Información médica (“**registro de divulgaciones**”). La lista no incluirá divulgaciones para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, las divulgaciones hechas hace más de seis años, ni ciertas otras divulgaciones. Proporcionaremos un registro cada año de forma gratuita, pero es posible que le cobremos un cargo razonable, basado en el costo, si solicita otro dentro de un plazo de 12 meses. Debe presentar la solicitud de un registro de divulgaciones por escrito.

Derecho a solicitar restricciones sobre usos y divulgaciones: tiene derecho a solicitar que limitemos cómo utilizamos y divulgamos su Información médica (i) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o (ii) a personas involucradas en su atención médica. Excepto en los casos descritos a continuación, no tenemos la obligación de aceptar la restricción que solicita. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos sus restricciones, a menos que la información sea necesaria para el tratamiento de emergencia.

Nuestros Proveedores de Atención Médica deben aceptar su solicitud de limitar las divulgaciones de Información médica si (i) las divulgaciones son para los pagos u operaciones

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.ccama.org.



de atención médica (y no son obligatorios por ley) y (ii) la información corresponde solo a los productos o servicios de atención médica que usted u otra persona en su nombre (que no sean Nuestros Planes de Salud) han pagado en su totalidad.

Derecho a solicitar un método alternativo de contacto: tiene derecho a solicitar por escrito que nos comunicamos con usted en un lugar diferente o mediante un método diferente. Por ejemplo, puede preferir que le envíen toda la información escrita por correo a la dirección de su trabajo en lugar de a la dirección de su hogar o que se la envíen por correo electrónico.

Nuestros Proveedores de Atención Médica aceptarán cualquier solicitud razonable de métodos alternativos de contacto.

SECCIÓN 6: Puede presentar un reclamo sobre nuestras prácticas de privacidad

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo por escrito ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o el U.S. Department of Health and Human Services.

Commonwealth Care Alliance, Inc., no tomará ninguna medida en contra de usted o cambiará la forma en que lo tratamos de ninguna manera si presenta un reclamo.

Para presentar un reclamo por escrito o solicitar más información de Commonwealth Care Alliance, Inc., comuníquese con nosotros utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso.

SECCIÓN 7: Requisitos específicos del estado

Massachusetts Immunization Information Systems: Nuestros Proveedores deben informarle sobre las vacunas que reciba al Massachusetts Immunization Information System (MIIS). El MIIS es un sistema estatal para mantener un registro de las vacunas y lo administra el Massachusetts Department of Public Health (MDPH). Si no quiere que se compartan sus registros del MIIS con otros proveedores de atención médica, deberá enviar un Formulario de objeción al intercambio de datos a:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS) Immunization Program

Massachusetts Department of Public Health
305 South Street
Jamaica Plain, MA 02130

SECCIÓN 8: Más información sobre cómo CCA implementa funciones de seguridad en la PHI

Commonwealth Care Alliance cumple con la Health Insurance Privacy and Accountability Act (HIPAA) en nuestro manejo de la información médica personal (PHI) de miembros y pacientes. Las siguientes iniciativas describen de manera general las acciones que CCA lleva a cabo para proteger esa información confidencial.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Protecciones administrativas:

- **Políticas y procedimientos.** CCA implementa políticas y procedimientos razonables para cumplir con las normas, las especificaciones de implementación u otros requisitos de la Norma de Seguridad de la HIPAA.
- **Proceso de administración de seguridad.** CCA implementa políticas y procedimientos para prevenir, detectar, contener y corregir infracciones de seguridad.
- **Responsabilidades de seguridad asignadas.** El director de Seguridad de la Información es responsable del desarrollo y la implementación de las políticas y procedimientos de seguridad.
- **Seguridad del personal.** El acceso a la PHI electrónica se limitará únicamente a aquellos miembros del personal que necesiten acceso a dichos registros para realizar sus responsabilidades laborales.
- **Concientización y capacitación en seguridad.** CCA implementa un programa de cumplimiento de privacidad y seguridad que incluye capacitación, educación y concientización para todos los miembros del personal (incluso nuestra junta directiva).
- **Procedimientos para incidentes de seguridad.** CCA implementa políticas y procedimientos para abordar los incidentes de privacidad y seguridad.
- **Plan de contingencia.** CCA establece políticas y procedimientos para responder a una emergencia u otra situación (por ejemplo, incendios, vandalismo, fallos del sistema y desastres naturales) que dañan los sistemas que contienen PHI electrónica. Estas políticas incluyen copias de seguridad y planes de respuesta empresarial.

Protecciones físicas:

- **Controles de acceso a centros.** CCA ha implementado políticas y procedimientos para limitar el acceso físico a sus sistemas de información electrónica y al centro o centros en los que se encuentran, al tiempo que garantiza que se permita el acceso debidamente autorizado.
- **Seguridad en la estación de trabajo.** CCA implementa protecciones físicas para todas las estaciones de trabajo que acceden a PHI electrónica, para restringir el acceso a usuarios autorizados.
- **Controles de dispositivos y medios.** CCA implementa políticas y procedimientos que regulan la recepción y eliminación de hardware y medios electrónicos que contienen PHI electrónica dentro y fuera de un centro, y la circulación de estos productos dentro del centro.

Protecciones técnicas y electrónicas:

- **Control del acceso.** CCA implementa políticas y procedimientos técnicos para los sistemas de información electrónica que administran PHI electrónica para permitir el



acceso solo a aquellas personas o programas de software a los que se haya otorgado derechos de acceso.

- **Controles de auditoría.** CCA implementa mecanismos de hardware, software o procedimientos que registran y examinan la actividad en los sistemas de información que contienen o utilizan PHI electrónica.
- **Integridad.** CCA implementa políticas y procedimientos para proteger la PHI electrónica de alteraciones o destrucción indebidas.
- **Autenticación de personas o entidades.** CCA implementa procedimientos para verificar que una persona o entidad que solicita acceso a la PHI electrónica sea realmente quien afirma ser.
- **Seguridad de transmisión.** CCA implementa medidas de seguridad técnicas para proteger la PHI electrónica contra accesos no autorizados durante su transmisión a través de una red de comunicaciones electrónicas.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

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

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios al miembro. Este es un servicio gratuito para usted. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en inglés, o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. También podemos brindarle información gratuita en letra grande, braille, audio, videoclips en lenguaje de señas estadounidense y otros formatos.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicios al miembro:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan incluye:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo abandonar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluidos:
 - cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



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

E. Incapacidad de los proveedores de red para facturarle directamente

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

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

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

- Usted tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo MA o plan de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de MassHealth (Medicaid) si abandona nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

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

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

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pídanos que le expliquemos por qué un proveedor negó la atención.** Tiene derecho a obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que usted cree que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que habitualmente no cubrimos.** Esto se llama decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* le explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas. Antes de que eso le pase, puede:

- Complete un formulario escrito **otorgando a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted** si alguna vez deja de poder tomar decisiones por sí mismo.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- **Proporcione a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo manejar su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

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

No es obligatorio tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y los consultorios de proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. Puede comunicarse con Servicios al miembro para solicitar un formulario proporcionado por Honoring Choices Massachusetts. También puede descargar una copia del formulario desde el sitio web de Honoring Choices Massachusetts (www.honoringchoicesmass.com).
- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle a un abogado u otra persona de confianza, como un familiar o su médico de cabecera, que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesitan saberlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted si no puede hacerlo. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.
- Si está hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia de esta al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo tiene consigo.
 - Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Haga que su directiva anticipada se incluya en su historial médico.
- Cambie o cancele su directiva anticipada en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por el hecho de haber firmado o no una directiva anticipada. Para obtener más información, llame a Servicios al miembro.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Unidad de Quejas del Massachusetts Department of Public Health, División de Calidad de Atención Médica, llamando al 1-800-462-5540. Para presentar un reclamo contra un proveedor de atención médica individual, llame a la Board of Registration in Medicine al 781-876-8200.

H. Su derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios al miembro para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

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

- Servicios al miembro
- REPLACE THIS NAME WITH "Serving the Health Insurance Needs of Everyone 1-800-243-4636. Para obtener más detalles sobre SHINE (Atendiendo las necesidades de seguro de salud de todos), consulte la **Sección C** del **Capítulo 2**.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898 (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 9 am a 4 pm.
 - Use el número 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla.
 - Comuníquese por videollamada (VP) al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con problemas auditivos.
 - Envíe un correo electrónico a My Ombudsman a info@myombudsman.org.

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

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



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

MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro.

- **Lea este *Manual para miembros*** para conocer qué cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre su:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*. Esos capítulos le dicen qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debes seguir y cuánto debes pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual para miembros*.
- **Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura de salud o medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios al miembro si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Pregunte cualquier duda que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si haces una pregunta y no entiendes la respuesta, vuelve a preguntar.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Sea considerado. Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.

Pague lo que debe. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:

- Primas de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.
- **Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. (Consulte el **Capítulo 9, Sección G** para saber cómo presentar una apelación).

Avísanos si se muda. Si tiene pensado mudarse, avísanos de inmediato. Llamar a Servicios al miembro.

- **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Sólo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. **El Capítulo 1** de este *Manual para miembros* informa sobre nuestra área de servicio.
- Podemos ayudarle a descubrir si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
- Informe a Medicare y MassHealth (Medicaid) su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y MassHealth (Medicaid).
- **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Railroad Retirement Board).**

Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al miembro para obtener ayuda.

J. Recuperación de patrimonio

la ley federal exige que MassHealth (Medicaid) recupere dinero de los patrimonios de determinados miembros de MassHealth (Medicaid) que sean mayores de 55 años y miembros de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en un hogar de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio de MassHealth (Medicaid), visite www.mass.gov/estaterecovery.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.ccama.org.



Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Introducción

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

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no cubriría.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención.
- Crees que tus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que estás buscando. **Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente información sobre qué hacer ante su problema o inquietud.

Si tiene algún problema con su servicios

Debe recibir los servicios médicos, servicios de salud conductual, medicamentos y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que sean necesarios para su atención como parte de su Plan de Atención Individualizado (ICP). **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a mi My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o videoteléfono (VP) 339-224-6831).** En este capítulo se explican las opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero también puede llamar a My Ombudsman o para que le ayude con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte **el Capítulo 2 Sección H** para obtener más información sobre My Ombudsman.



Índice

A. Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud	193
A1. Acerca de los términos legales	193
B. Dónde obtener ayuda.....	193
B1. Para obtener más información y ayuda	193
C. Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) de nuestro plan	195
D. Problemas con sus beneficios.....	195
E. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	195
E1. Decisiones de cobertura	196
E2. Apelaciones	196
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones.....	196
E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?.....	198
F. Atención médica.....	198
F1. Usando esta sección.....	198
F2. Solicitar una decisión de cobertura	199
F3. Presentar una apelación de nivel 1	202
F4. Presentar una apelación de nivel 2.....	205
F5. Problemas de pago	209
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	210
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D.....	211
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	212
G3. Cosas importantes que debe saber sobre solicitar una excepción	213
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	214
G5. Presentar una apelación de nivel 1	216



G6. Presentar una apelación de nivel 2	218
H. Pidiéndonos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada	220
H1. Conozca sus derechos de Medicare	221
H2. Presentar una apelación de nivel 1	222
H3. Presentar una apelación de nivel 2	223
I. Pidiéndonos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos	224
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura.....	224
I2. Presentar una apelación de nivel 1	225
I3. Presentar una apelación de nivel 2	226
J. Llevando su apelación más allá del Nivel 2	227
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	227
J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)	229
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	229
K. Cómo presentar una queja.....	230
K1. ¿Qué tipos de problemas deberían ser objeto de queja?	230
K2. Quejas internas.....	232
K3. Quejas externas.....	233



A. Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo manejar problemas y preocupaciones. El proceso que utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **las decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamos).

Para garantizar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo hay términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que utilizamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces resulta confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. En otras ocasiones, es posible que no tengas la información que necesitas para dar el siguiente paso.

Ayuda del State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Puede llamar al State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Los consejeros de SHINE pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer con respecto a su problema. SHINE no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. SHINE tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636 y su sitio web es www.shinema.org. TTY (para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla): 1-800-439-2370 (solo Massachusetts).

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de MassHealth (Medicaid)

Puede llamar directamente al Servicio de atención al cliente de MassHealth (Medicaid) para obtener ayuda con los problemas. Llama al 1-800-841-2900. TTY (para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla). 711.

Ayuda de My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con Senior Care Options (SCO). Puede ponerse en contacto con Mi Ombudsman para obtener información o ayuda para resolver cualquier asunto o problema con su plan SCO. Los servicios de My Ombudsman son gratuitos. También puede encontrar información sobre My Ombudsman en **el Capítulo 2 Sección H** El personal de My Ombudsman:

- Puede responder sus preguntas o remitirlo al lugar adecuado para que encuentre lo que necesita.
- Puede ayudarle a solucionar un problema o inquietud. con SCO o su plan SCO, Opciones de atención para personas mayores de CCA (HMO D-SNP). El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el asunto y analizará con usted las opciones para ayudarlo a solucionar el problema.
- Ayuda con apelaciones. Una apelación es una forma formal de solicitarle a su plan SCO, MassHealth (Medicaid) o Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo presentar una apelación y qué debe esperar durante el proceso de apelación.

Puede llamar, mandar un correo electrónico, mandar una carta o acercarse a la oficina de My Ombudsman.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9 am a 4 pm. Las personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o comuníquese por videollamada (VP) al 339-224-6831.
- Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.
- Escriba a la oficina de My Ombudsman a 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111, o visítela.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Consulte el sitio web de My Ombudsman o comuníquese con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, cómo programar una cita y el horario de atención.
- Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org.

C. Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y MassHealth (Medicaid) de nuestro plan

Tiene Medicare y MassHealth (Medicaid). La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid). Esto a veces se denomina “proceso integrado”, porque combina o integra procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid).

A veces los procesos de Medicare y MassHealth (Medicaid) no se pueden combinar. En esas situaciones, se utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de MassHealth (Medicaid). **La sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si determinados servicios médicos (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas sobre el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema es acerca de beneficios o cobertura. Consulte la Sección E , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección K , “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación aborda problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica**.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, si el proveedor de su red de planes lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considera una decisión favorable a menos que su proveedor de red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición (consulte el **Capítulo 4**, **Sección H** de este *Manual para miembros*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto para usted por Medicare o MassHealth (Medicaid). Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es manejada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, **Sección F2**, puede solicitar una decisión de cobertura acelerada o “rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si decimos **No** a parte o a todo lo que usted pidió, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles de apelación adicionales.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puedes solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes:

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- **Servicios al miembro** en los números que aparecen al final de la página.
- Llame a su coordinador de atención.
- Llame, envía un correo electrónico, escribe o visita **My Ombudsman**.
 - Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes de 9 am a 4 pm. Las personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o comuníquese por videollamada (VP) al 339-224-6831.
 - Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.
 - Visite My Ombudsman en línea en www.myombudsman.org.
 - Escriba a la oficina de My Ombudsman a 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111, o visítela.
 - Consulte el sitio web de My Ombudsman o comuníquese con ellos directamente para obtener información actualizada sobre la ubicación, cómo programar una cita y el horario de atención.
- **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. En Massachusetts el SHIP se llama SHINE. SHINE es una organización independiente. No tiene conexión con este plan. El número de teléfono de SHINE es 1-800-243-4636. TTY (para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla): 1-800-439-2370 (solo Massachusetts).
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o un miembro de la familia.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica.

Complete el formulario de Designación de Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame a Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página y solicite el formulario “Nombramiento de Representante”. También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ccamaorg. **Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.**



E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos detalles de cada uno en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F** , “Atención médica”
- **Sección G** , “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H** , “Cómo solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada”
- **Sección I**: “Solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos”. (Esta sección sólo se aplica a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral [CORF]).

Si no está seguro de qué sección utilizar, Llame a Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página.

Si necesita otra ayuda o información, llame a My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o utilice MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898, comuníquese por videollamada [VP] al 339-224-6831) o envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.

F. Atención médica

En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros* en la tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando lo hagan, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Usando esta sección

En esta sección se explica lo que puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Crees que cubrimos la atención médica que necesitas pero no la recibes.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Tienes atención médica que crees que cubrimos, pero no la pagamos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibí y pagó por atención médica que creía que cubríamos y ahora quiere que le reembolsemos el dinero.

Lo que puede hacer: Usted puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Hemos reducido o suspendido su cobertura para cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender su cobertura para cierta atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura mediante:

- Vocación: 866-610-2273 TTY: 711
- Envío de fax: 857-453-4517
- Escribiendo:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attn: Appeals and Grievances Department
2 Avenue de Lafayette, 5th Floor
Boston, MA 02111

Decisión de cobertura estándar

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que aceptemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en los siguientes plazos:

- **7 días calendario** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si tardamos días adicionales en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si considera **que no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando realiza una reclamación rápida, le damos una respuesta a su reclamación en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte **la Sección K.**

Decisión de cobertura rápida

El término legal para una decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada.**

Cuando nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en:

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico.**
- **24 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para un artículo o servicio médico, podemos tomar hasta 14 días calendario más si encontramos que falta información que puede beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para obtenernos información para la revisión. Si tardamos días adicionales en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si considera **que no deberíamos** tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para

obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Estás solicitando cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no recibiste**. No puede pedir un ayuno cobertura decisión sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- La vía de plazos estándares **podría poner su salud en grave peligro** o dañar su capacidad funcional.

Le brindamos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si usted solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indica y utilizaremos en su lugar los plazos estándar. La carta le dice:
 - Le brindamos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte **la Sección K**.

Si decimos No a parte o a la totalidad de su solicitud , le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que **no** , usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte **la Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen:

- Si la solicitud está incompleta,
- si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión del despido. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Presentar una apelación de nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros. 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.

Además, si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o use MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o comuníquese por videollamada [VP] al 339-224-6831). My Ombudsman no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos en 866-610-2273.

- Si su médico u otro médico que le receta medicamentos le solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como su representante para que actúe en su nombre.
- Si otra persona que no sea su médico realiza la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ccama.org.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimamos su solicitud y
 - Le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son cosas como que usted tuvo una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta sobre la fecha límite. Explique el motivo por el cual su apelación llega tarde cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le otorgamos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si usted solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta que lo indica y utilizaremos en su lugar los plazos estándar. La carta le dice:
 - Le daremos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte **la Sección K**.

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o producto si presenta una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal en nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que suceda después.
 - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no se continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos nuevamente con atención toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.

- Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud así lo requiere.
- **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 de un producto o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego un IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, en **la Sección F4**, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una Audiencia Imparcial de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el tiempo.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si decimos No a parte o a la totalidad de su solicitud**, enviaremos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Existen plazos para presentar una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación de cobertura por servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
- **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 de un producto o servicio médico.

- Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si considera que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presentas una queja rápida, le damos una respuesta en 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte **la Sección K**.
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego un IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, en **la Sección F4**, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una Audiencia Imparcial de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el tiempo.

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si decimos **No** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de MassHealth (Medicaid), en la carta se le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Presentar una apelación de nivel 2

Si decimos que **no** a parte o a la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dice si Medicare, MassHealth (Medicaid) o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que Seguro médico del estado. Generalmente, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se completa la Apelación de Nivel 1.



- Si su problema es sobre un servicio o artículo que MassHealth (Medicaid) Por lo general, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le dice cómo hacer esto. También incluimos más información más adelante en esta sección.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **tanto Medicare como MassHealth (Medicaid)** pueden cubrir, automáticamente recibirá una Apelación de Nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

Si reúne los requisitos para la continuación de los beneficios al presentar la apelación de Nivel 1, los beneficios por el servicio, producto o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte **la Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente sólo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente solo cubre MassHealth (Medicaid), sus beneficios por ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Si su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicare

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no está conectada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la empresa para que sea la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente de caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita de su expediente.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan cuidadosamente toda 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.

- Si presentó una apelación rápida ante nosotros en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

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

- Si nos presentó una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO tarda más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica las razones.

- **Si la IRO dice Sí a parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos:**
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
 - Proporcionar el servicio dentro de **los 14 días calendario** siguientes a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
 - Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO responde Sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**

- **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
- **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO responde que no a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).
 - Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.
 - Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
 - Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador maneja una apelación de nivel 3. Consulte **la Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo que generalmente cubre Medicaid, o que está cubierto tanto por Medicare como por MassHealth (Medicaid)

Una apelación de nivel 2 para servicios que MassHealth (Medicaid) generalmente cubre es una audiencia imparcial con el estado. En MassHealth (Medicaid), una Audiencia Imparcial permite que un consumidor que no está satisfecho con ciertas acciones o inacciones del Departamento o de un proveedor contratado por el Departamento presente su posición en una audiencia informal y reciba una decisión justa y equitativa de un oficial de audiencia imparcial basada en los hechos y las políticas, reglamentos, estatutos y/o jurisprudencia aplicable del Department of Children and Families (DCF). Debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su apelación de nivel 1. La carta que recibirá de nosotros le indicará dónde presentar su solicitud de audiencia imparcial.

Para obtener el “Formulario de solicitud de audiencia imparcial” o para obtener más información sobre sus derechos de apelación, puede comunicarse con la Board of Hearings al 617-847-1200 o al 1-800-655-0338. El formulario también está disponible en: www.mass.gov/how-to/how-to-appeal-a-MassHealth-decision. Las solicitudes de audiencia deben enviarse por correo o fax a: Executive Office of Health and Human Services Board of Hearings Office of Medicaid 100 Hancock Street, 6th floor Quincy, MA 02171
Fax: 1-617-847-1204

Le enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a la Board of Hearings. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso. Las copias se brindan de forma gratuita. Usted tiene derecho a proporcionarle a la Board of Hearings información adicional para sustentar su apelación. En la audiencia, puede presentarse usted mismo o tener un representante autorizado para actuar en su nombre, o ser representado por un abogado u otro representante, cubriendo los gastos correspondientes. Puede ponerse en contacto con un servicio legal local o una agencia comunitaria para obtener asesoramiento o representación sin costo.

La oficina de Audiencia Imparcial le entrega su decisión por escrito y le explica las razones.

- Si la oficina de Audiencia Imparcial dice **Sí** a parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su decisión.
- Si la oficina de Audiencia Imparcial dice **No** a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).

Si la decisión de la IRO o de la oficina de Audiencias Imparciales es **No** para la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de nivel 2 fue presentada ante la **IRO**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado. Un ALJ o abogado adjudicador maneja una apelación de nivel 3. **La carta que recibe de la IRO explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que nuestros proveedores de red le facturen por servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que éste cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca estás obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No pagues la factura tú mismo. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*. Describe situaciones en las que es posible que necesite solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También nos indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.



Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si usted siguió todas las reglas para usar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago para el servicio o artículo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir **Sí** a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos el servicio o artículo y explicándole por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si decimos que **Sí** a 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.
- Si la IRO responde **No** a su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). Recibirá una carta explicando los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y MassHealth (Medicaid) generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre. MassHealth (Medicaid) puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Diremos

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



“medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez.

Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

A continuación, se muestran ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, incluso pidiéndonos que:
 - cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o
 - establecer una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo)

NOTA: Si la farmacia le dice que su receta no puede presentarse de la forma en que está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura**”.

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Se solicita una decisión de cobertura sobre el pago.



Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla para ayudarle.

¿En cuál de estas situaciones te encuentras?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que dejemos de lado una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quiere solicitarnos que le reembolsemos un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted desea.
Puedes pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Usted puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Usted puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que lo reconsideremos).
Comience con la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G5 .

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera que desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro médico que le receta el medicamento debe explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.



Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o solicitar la eliminación de una restricción en un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.

Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a emitir recetas pueden pedirnos que hagamos:

Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*

- Podemos acordar hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*.

Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se denomina “autorización previa (PA)”.
 - Ser requerido para probar un medicamento diferente primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. A esto a veces se le llama “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad que puede tener.

G3. Cosas importantes que debe saber sobre solicitar una excepción

Su médico u otro prescriptor deberá indicarnos las razones médicas.

Su médico u otro prescriptor debe entregarnos una declaración explicando 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 emitir recetas cuando pida la excepción.

Nuestra *lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estas son las llamadas drogas “alternativas”. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción.



Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. A su vez, será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos **que no**.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro prescriptor) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otro médico que le receta medicamentos) o alguien más que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No necesita dar permiso por escrito a su médico u otro profesional que le receta medicamentos para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos el reembolso del precio de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.
- Si solicita una excepción, proporciónenos una “declaración de apoyo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro prescriptor para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que le receta medicamentos puede enviarnos por fax o correo postal la declaración de respaldo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos el estado de cuenta por fax o correo postal.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión rápida de cobertura”.

Utilizamos los “plazos estándar” a menos que acordemos utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos la declaración de su médico.

- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos la declaración de su médico.

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina “**determinación acelerada de cobertura**”.

Puedes obtener una rápida cobertura decisión si:

- Es por una droga que no conseguiste. No puede conseguir un ayuno cobertura decisión si nos está pidiendo que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro médico que le receta medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptamos y se la proporcionamos. Te enviamos una carta que te lo cuenta.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otro médico que le receta medicamentos, nosotros decidimos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizamos los plazos estándar en su lugar.
 - Te enviamos una carta que te lo cuenta. La carta también le indica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos límite para una decisión rápida de cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de nivel 2.
- Si decimos **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, Le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas siguientes a que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.

- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a que recibamos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le damos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días naturales siguientes a que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el dinero en un plazo de 14 días naturales.
- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

G5. Presentar una apelación de nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su **apelación estándar** o rápida llamando al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro prescriptor) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.

- Si no cumple con el plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son cosas como que usted tuvo una enfermedad grave o que le dimos información incorrecta sobre la fecha límite. Explique el motivo por el cual su apelación llega tarde cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que le receta medicamentos deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los siguientes: Los mismos que los de un ayuno cobertura decisión. Referirse a **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Comprobamos si seguimos las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud.
- Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a emitir recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su apelación.
 - Le damos nuestra respuesta más pronto si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego un IRO lo revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, Debemos brindarle la cobertura que acordamos brindarle dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su condición de salud lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
- Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego un IRO lo revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si decimos **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **brindarle la cobertura** que acordamos brindarle tan pronto como su salud lo requiera, pero **no más tarde de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación.

Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación.
 - Si no le damos una decisión dentro de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego un IRO lo revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, Debemos pagarle dentro de los 30 días calendario siguientes a que recibamos su solicitud.
- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Presentar una apelación de nivel 2

Si decimos **No** a su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando dijimos **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.



El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**”, a veces llamada “**IRE**”.

Para presentar una apelación de nivel 2, usted, su representante, su médico u otro médico prescriptor deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si respondemos **No** a su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede realizar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación a la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Usted tiene derecho a una copia gratuita de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte **la Sección F4** para obtener más información sobre el IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 24 horas** posteriores a recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de los 7 días calendario** posteriores a que reciban su apelación por un medicamento que no recibió.
- **dentro de los 14 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO responde **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos la decisión de la IRO.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Si la IRO responde **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).

Si la IRO dice **No** a su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el mínimo requerido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO responde **No** a su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted:
 - Decide si desea presentar una apelación de nivel 3.
 - Consulte la carta que le envió la IRO después de su apelación de nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador maneja apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

H. Pidiéndonos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También ayudan a organizar el cuidado que pueda necesitar después de partir.

- El día en que se va del hospital es la “fecha del alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto o está preocupado por la atención que recibirá después de salir del hospital, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital. En esta sección le explicamos cómo preguntar.

H1. Conozca sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso al hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un asistente social, le entregará un aviso por escrito. Llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son admitidas en un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro a los números en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** con atención y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
 - Obtenga servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Sea parte de cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **sólo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted acepta la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha en que salga del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede consultar una copia del aviso con antelación si:

- Llame a Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página.
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-mail.

H2. Presentar una apelación de nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios de hospitalización durante un tiempo más largo, presente una apelación. La Quality Improvement Organization (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

El QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No son parte de nuestro plan.

En Massachusetts, el QIO es KEPRO. Llámalos al 1-888-319-8452. La información de contacto también se encuentra en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame al QIO antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar mientras espera la decisión del QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios al miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
- Llame a SHINE (Atendiendo las necesidades de seguro médico de todos).

Solicita una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con el QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores del QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta planificada. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores revisan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.
- Al mediodía del día siguiente de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha de alta planificada. La carta también explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros

pensamos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es “**Notificación detallada de descarga**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesita, el QIO le dará su respuesta a su apelación.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Crean que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día siguiente a que el QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que el QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si el QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada.

H3. Presentar una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, usted solicita al QIO que revise nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de nivel 1. Llámalos al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que el QIO dijo **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención.

Los revisores de QIO:

- Revise nuevamente con atención toda la información relacionada con su apelación.
- Le informaremos su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Te entregan una carta que le indica lo que puede hacer si deseas continuar el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador maneja apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

I. Pidiéndonos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata únicamente sobre tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica domiciliaria
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- Atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que estás recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o te estás recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle **antes de** que finalicen sus servicios. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviaremos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.



Usted o su representante debe firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **sólo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Presentar una apelación de nivel 1

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir plazos. Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios al miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página.
 - Llame a SHINE (Atendiendo las necesidades de seguro médico de todos)
- **Póngase en contacto con el QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre el QIO y cómo contactarlos.
 - Pídeles que revisen su apelación y decidan si cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y solicite una “apelación por la vía rápida”.** Pregúntele al QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para el aviso escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al miembro a los números que aparecen al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. U obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

¿Qué sucede durante una apelación acelerada?

- Los revisores del QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores revisan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación al final del día en que los revisores nos informan de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de la no cobertura**”.

- Los revisores le comunicarán su decisión dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Le brindaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención usted mismo si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios CORF después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

13. Presentar una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, usted solicita al QIO que revise nuevamente la decisión que tomaron en su apelación de nivel 1. Llámalos al 1-888-319-8452.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que el QIO dijo **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión **solo** si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Los revisores de QIO:

- Revise nuevamente con atención toda la información relacionada con su apelación.

- Le informaremos su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.
- Le brindaremos cobertura para el cuidado durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO dice **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Te entregan una carta que le indica lo que puede hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador maneja apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

J. Llevando su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles de apelación adicionales.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no cumple con un cierto monto mínimo en dólares, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante el ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.

- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde **Sí** a su Apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos el derecho de apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice **No** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal de Distrito Federal.

J2. Apelaciones adicionales de MassHealth (Medicaid)

También tiene otros derechos de apelación si su apelación está relacionada con los servicios o productos que MassHealth (Medicaid) suele cubrir. La carta que recibe de la oficina de la audiencia imparcial le indicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelación.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que recibe a su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante el ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación :

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
 - Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.
- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde **afirmativamente** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo responde **No** a su apelación o si rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal de Distrito Federal.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipos de problemas deberían ser objeto de queja?

El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, tales como problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• No está satisfecho con la calidad de la atención, como la que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal le trató mal. • ¿Crees que le están excluyendo de nuestro plan?

Reclamo	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia lingüística	- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. - Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted habla, que no es inglés (como el lenguaje de señas americano o el español). - Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	- Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla. - Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios al miembro u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	Piensas que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	¿Crees que no le dimos un aviso o una carta que deberías haber recibido? ¿Crees que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender?
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. - Usted piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. ¿Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo?

Hay diferentes tipos de quejas. Puedes presentar una queja interna y/o una queja externa. Se presenta una queja interna ante nuestro plan y éste la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y es revisada por ella. Si necesita ayuda para realizar una queja interna y/o externa, puede llamar a **My Ombudsman al**



1-855-781-9898 (o utilice MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o comuníquese por videollamada [VP] al 339-224-6831).

El término legal para una “queja” es **“reclamo”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una reclamación”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores a que haya tenido el problema sobre el cual desea quejarse.

- Si hay algo más que necesite hacer, Servicios al miembro se lo informará.
- También puede escribir su reclamación y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Así es como funciona:**
 - Servicios al miembro registrará la queja en la base de datos de miembros y hará seguimiento de cualquier diálogo posterior pertinente a la queja dentro del mismo registro. Le proporcionaremos un acuse de recibo oportuno de su queja.
 - Si es posible, Servicios al miembro intentará resolver la queja por teléfono.
 - Usted o un representante autorizado puede participar en la discusión y ofrecer sugerencias o ideas para resolver el problema o la cuestión.
 - Si la queja no puede resolverse por teléfono, se llevará a cabo un proceso más formal. Las respuestas a una queja se basarán en lo que sea mejor para el miembro según la política y el procedimiento del plan.
 - La investigación se completará lo más rápidamente posible. La mayoría de los reclamos se responde en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si necesitamos más tiempo, le llamaremos y le enviaremos una notificación por escrito.
 - Usted o su representante autorizado recibirán una llamada telefónica (o una carta si la solicita) de nuestro plan con una respuesta a la queja.
 - Si está preocupado por la calidad de la atención que recibe, incluida la atención durante una estadía en el hospital, puede presentar una queja al



plan, y el Quality Improvement Department del plan la investigará. También puede presentar una queja ante KEPRO, la Quality Improvement Organization de Massachusetts. Para encontrar más información sobre la Organización de Mejora de la Calidad en Massachusetts, consulte el Capítulo 2, Sección H de este folleto.

El término legal para “queja rápida” es “queja acelerada”.

Si es posible le responderemos de inmediato. Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de los 30 días naturales. Si no tomamos una decisión dentro de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y el tiempo estimado para obtener la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o una apelación, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o toda su queja, se lo diremos y le daremos nuestras razones. Respondemos ya sea que estemos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario presentar una queja ante CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si considera que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Department of Health and Human Services (HHS) si considera que no ha sido tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



sobre acceso para personas con discapacidad o asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puedes visitarnos www.hhs.gov/ocr Para más información.

También puede comunicarse con la oficina local de OCR en:

Office for Civil Rights – New England Region
U.S. Department of Health and Human Services Government Center
J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875 Boston, MA 02203

Centro de respuesta al cliente: 800-368-1019; TDD: 800-537-7697
Fax: 202-619-3818
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

También puede tener derechos bajo la Americans with Disability Act (ADA). Puede contactar con My Ombudsman para obtener ayuda llamando al 1-855-781-9898 (o utilizando MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o haciendo una videollamada [VP] al 339-224-6831) o enviando un correo electrónico a info@myombudsman.org.

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente al QIO.
- Puede presentar su queja ante el QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante el QIO, trabajaremos con ellos para resolverla.

La QIO está formada por un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre el QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros*.

En Massachusetts, el QIO se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-319-8452.

Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá en los programas Medicare y MassHealth (Medicaid) mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.



Índice

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan.....	237
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	238
C. Cómo obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado	238
C1. Sus servicios de Medicare.....	238
C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid).....	241
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	241
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan	242
F. Reglas contra pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	243
G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan.....	243
H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía del plan.....	243



A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Como también tiene MassHealth (Medicaid), puede cancelar su membresía con nuestro plan en cualquier momento, en cualquier mes del año.

Además de esta flexibilidad, usted podrá finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Periodo de inscripción abierta**, que va desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.^{er} mes de derecho a estas. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, en los siguientes casos:

- se mudó fuera del área de servicio,
- su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) o Extra Help cambió, o
- Si se mudó recientemente, actualmente recibe atención médica o acaba de salir de un centro de enfermería o de un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si abandona nuestro plan, podrá obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía llamando al:

- Servicios al miembro al número que aparece al final de esta página. También aparece el número para usuarios de TTY.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Llame al servicio de atención al cliente de MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla) pueden llamar al 711.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El State Health Insurance Assistance Program (SHIP), SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla) pueden llamar al 1-800-439-2370.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre los programas de gestión de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare separado, debe solicitar la cancelación de su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas de solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios al miembro al número que aparece al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandona nuestro plan en el cuadro de la página 238.
- **La Sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y MassHealth (Medicaid) por separado

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medicaid si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare enumerados a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se detalla a continuación durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción**

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en **la Sección A**. Al elegir una de estas opciones, finalizará automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiarse a las siguientes opciones: Otro plan que ofrezca los beneficios y servicios de Medicare, así como todos los de MassHealth (Medicaid) o la mayoría de ellos, en un solo plan, también conocido como un plan integrado de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) o un plan del Program All-inclusive Care for the Elderly (PACE), si califica.	Debe hacer lo siguiente: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo D-SNP integrado. Para consultas sobre el Programa All-inclusive Care for the Elderly (PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-439-2370. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
---	---



2. Puede cambiarse a las siguientes opciones: Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare aparte	Debe hacer lo siguiente: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare aparte. Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Original Medicare.
3. Puede cambiarse a las siguientes opciones: Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare aparte NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare aparte, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no desea unirse. No debería cancelar la cobertura de medicamentos a menos que tenga cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a SHINE al 1-800-243-4636, de lunes a viernes de 8 am a 5 pm. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de SHINE en su área, visite www.shinema.org.	Debe hacer lo siguiente: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Original Medicare. Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Original Medicare.

4. Puede cambiarse a las siguientes opciones: Cualquier plan de salud de Medicare en ciertos momentos del año, incluido el Período de inscripción abierta y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.	Debe hacer lo siguiente: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo plan de Medicare. Para consultas sobre el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), llame al 1-800-841-2900. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Su inscripción en nuestro plan Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
---	--

C2. Sus servicios de MassHealth (Medicaid)

Algunas personas que deciden no unirse a un plan Senior Care Options (SCO) pueden unirse a un tipo diferente de plan para obtener sus beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid) juntos.

- Si tiene 55 años o más, puede ser elegible para inscribirse en el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) (se aplican criterios adicionales). PACE ayuda a los adultos mayores a permanecer en la comunidad en lugar de recibir atención en un centro de enfermería.

Para obtener información sobre los planes PACE y si puede unirse a uno, llame al Programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. Continúe recibiendo sus servicios y medicamentos de Medicare y MassHealth (Medicaid) a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante este tiempo, usted continuará recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



- Utilice nuestros proveedores de red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red incluso a través de nuestros servicios de farmacia por correo para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en CCA Senior Care Options (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que reciba el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medicaid y su período de consideración ha finalizado. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se une a un programa de exención de Home and Community Based Services (HCBS) de MassHealth (Medicaid).
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se muda a un centro de atención intermedia operado por el Massachusetts Department of Developmental Services.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios al miembro para averiguar si el lugar al que se muda o al que viajará se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si usted va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tiene para medicamentos.
- Si tiene o contrata otro seguro integral para medicamentos o atención médica.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Si pierde la elegibilidad para los beneficios de MassHealth (Medicaid), CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) seguirá brindándole atención siempre y cuando se pueda esperar razonablemente que recuperará su cobertura de MassHealth (Medicaid) en un plazo de un mes. Su membresía continuará durante el resto del mes en el que MassHealth (Medicaid) nos notificó sobre su pérdida de elegibilidad, más un mes calendario adicional. Si recupera la cobertura de MassHealth (Medicaid) en este período, no cancelaremos su membresía. Para obtener más información, llame a Servicios al miembro.

Podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medicaid:

- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- 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.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si finalizamos su membresía por este motivo).

F. Reglas contra pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos 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 debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía del plan

Si tiene preguntas o desea más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar a Servicios al miembro al número que aparece al final de esta página.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes.....	245
B. Aviso sobre no discriminación.....	245
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso.....	247
D. Aviso sobre prácticas de privacidad.....	249



A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si no están incluidas o explicadas en este *Manual para miembros*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas Medicare y MassHealth (Medicaid). También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Además, no discriminamos a los miembros ni los tratamos de manera diferente debido a apelaciones, comportamiento, identidad de género, capacidad mental, recepción de atención médica, uso de servicios, condición médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, estado civil, credo, asistencia pública o lugar de residencia.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- ❖ Llame al Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- ❖ Llame a su Oficina local de Derechos Civiles. 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o su Oficina local de Derechos Civiles. También puede revisar información de la Department of Health and Human Services' Office en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.
- ❖ Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios al miembro. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al miembro puede ayudarlo.
- ❖ Todas las organizaciones que ofrecen Medicare Advantage Plans, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluso el título VI de la Civil Rights Act de 1964, la Rehabilitation Act de 1973, la Age Discrimination Act de 1975, la Americans with Disabilities Act, la sección 1557 de la Affordable Care Act, 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.

Commonwealth Care Alliance, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Proporciona recursos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de forma eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios de idioma gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al miembro.

Si considera que Commonwealth Care Alliance, Inc. no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar un reclamo ante la siguiente entidad:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street, 11th Floor
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY: 711) fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Office for Civil Rights, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios al miembro. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al miembro puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y MassHealth (Medicaid) como pagador de último recurso

A veces, otra persona debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que MassHealth (Medicaid) sea el pagador de último recurso.

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, CCA Senior Care Options (HMO D-SNP), como una Medicare Advantage Organization, 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.

D. Aviso sobre prácticas de privacidad

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener dicha información. Revise atentamente este Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene preguntas, llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. El Aviso de prácticas de privacidad describe cómo CCA One Care puede usar y divulgar su información médica; explica sus derechos con respecto a su información médica; y describe cómo y dónde puede presentar una queja relacionada con la privacidad. El Aviso explica cuándo se necesita o no una autorización para compartir su información con otros. El Aviso está disponible en todo momento en el sitio web de CCA One Care, en el Capítulo 8, Sección C2 de este manual y a pedido.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.ccama.org.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo este *Manual para miembros* junto con sus definiciones. Los términos aparecen ordenados en orden alfabético. Si no puede encontrar el término que está buscando o si necesita más información que la que incluye una definición, comuníquese con Servicios al miembro.



Actividades de la vida diaria (ADL): Las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Afiliado a Medicare-Medicaid: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. A un beneficiario de Medicare-Medicaid también se le denomina “individuo doblemente elegible”.

AIDS drug assistance program (ADAP): Un programa que ayuda a personas elegibles que viven con VIH/AIDS a tener acceso a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida.

Apelación: Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* explica las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Sólo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asistente de salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de una enfermera o un terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud a domicilio no tienen licencia de enfermería ni brindan terapia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención de urgencia: Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención médica urgente de proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a ellos porque, debido a su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios médicos inmediatos necesarios para una afección no detectada, pero no es una emergencia médica).

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden administrar una enfermera registrada o un médico.

Autorización previa (PA): Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la



red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene PA de nuestra parte.

- Los servicios cubiertos que requieren la autorización previa de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene PA de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales sobre el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Ir a “Biosimilares intercambiables”).

Cancelación de la inscripción: El proceso para finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección).

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* explica cómo comunicarse con CMS.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Proporciona una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.



Coordinador de atención: Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación organizacional cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* explica las decisiones de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo de Atención Interdisciplinario (ICT o equipo de atención): Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayudará a elaborar un plan de atención.

Equipo de atención: Consulte “Equipo de atención interdisciplinario”.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que su médico le recete para usar en su propia casa. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Evidencia de cobertura (EOC) e información sobre divulgación: 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, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan. Este documento también se conoce como Manual para miembros.



Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Extra Help: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Extra Help también se denomina “Subsidio para bajos ingresos” o “LIS”.

Facturación incorrecta o inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que nuestro monto compartido de costos por los servicios. Llame a Servicios al miembro si recibe alguna factura que no entiende. Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deberían facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando las obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Formación en competencia cultural: La capacitación en competencia cultural es instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica para ayudarlos a comprender mejor sus orígenes, valores y creencias a fin de adaptar los servicios y así satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre medicamentos cubiertos y beneficios específicos para cada afiliado. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos del formulario alternativos que pueden utilizarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

Información de salud personal (también llamada información de salud protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas médicas e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI): Un beneficio mensual que el



Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Integrated D-SNP: Un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se les conoce como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Juez de derecho administrativo: Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (*Lista de medicamentos*): Una lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. La *lista de medicamentos* a veces se denomina “formulario”.

MassHealth (Medicaid): El programa de Medicaid de Commonwealth of Massachusetts. MassHealth (Medicaid) es administrado por el estado y es pagado por el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos.

Médicamente necesario: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que le impiden ingresar a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Servicios que son razonables y necesarios:

- Para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión; o
- Para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado; o
- De lo contrario, sea médicamente necesario según la ley de Medicare.

De acuerdo con la ley y la reglamentación de Medicaid, y según MassHealth (Medicaid), los servicios son médicamente necesarios si:

- podrían estimarse razonablemente para prevenir, diagnosticar, aliviar, corregir, curar o evitar el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro su vida, le generan sufrimiento o dolor, causan deformidad o mal funcionamiento físico, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultan en una enfermedad o dolencia; **y**
- no existe ningún otro servicio médico o lugar de servicio que esté disponible, funcione tan bien y sea adecuado para usted, y que sea menos costoso.

La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente, y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados por registros que incluyan evidencia de dicha necesidad y calidad médica.

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Generalmente es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de marca: Un medicamento elaborado y vendido por la empresa que lo fabricó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos generalmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y generalmente no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de la salud.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Si tiene preguntas, llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.ccama.org.



Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP): Un programa estructurado de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

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 un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Medication Therapy Management (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Drug Management Program. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) y el estado.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos.

Ombudsman: Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del Ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual para miembros*.

Organización de revisión independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): El gobierno ofrece Original Medicare. Bajo Original Medicare, los servicios están cubiertos pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica montos que determina el Congreso.



- Puede utilizar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente internado: Un término utilizado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, es posible que lo consideren un paciente ambulatorio en lugar de un paciente internado, incluso si pasa la noche allí.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, en centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y cuidados paliativos médicamente necesarios.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: El programa Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un MA plan.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. A este programa lo llamamos “Parte D” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Período de estimación : una extensión temporal de la elegibilidad para ciertos beneficios de Medicare cuando experimenta una interrupción en su elegibilidad para MassHealth (Medicaid) pero espera recuperar la elegibilidad dentro de un mes. Esto le permite mantener su cobertura de Medicare mientras trabaja para restablecer sus beneficios de MassHealth (Medicaid).

Plan de Atención Individualizado (ICP o Plan de Atención): Un plan sobre los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Plan de cuidados: Consulte “Plan de atención individualizado”.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.



Plan de salud: Una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También posee coordinadores de la atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores, servicios y apoyos. Todos ellos trabajan juntos para brindarte la atención que necesitas.

- Un afiliado que tenga un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención a la persona en su totalidad, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Producto Biológico Original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.

Producto Biológico: Un medicamento elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo tanto, las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “producto biológico original” y “biosimilar”).

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

Programa de gestión de medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se utilizan de manera indebida.

Prótesis y órtesis: Dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor que usted utiliza primero para la mayoría de los problemas de salud. Se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe utilizar su proveedor de atención primaria antes de utilizar cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no está empleado, es propiedad de ni está operado por nuestro plan y no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* explica los proveedores o centros fuera de la red.

Quality improvement organization (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga al QIO para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre el QIO.

Queja: Una queja que usted presente sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de red o farmacias. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Reclamo: Una declaración escrita o hablada que dice que tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”.

Remisión: Una referencia es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para utilizar un proveedor diferente a su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para utilizar determinados especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*.

Residencia o centro de enfermería: Un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en casa pero que no necesitan estar en el hospital.

Salud conductual: Un término amplio que se refiere a la salud mental y los trastornos relacionados con el uso de sustancias.

Servicios al miembro: Un departamento en nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre Servicios al miembro.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros un monto adicional.

- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare. A y la Parte A de Medicare B.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar, por lo que no tiene que ir a un centro de enfermería ni a un hospital. Los LTSS incluyen servicios comunitarios y centros de atención de enfermería (NF).

State Hearing: Si su médico u otro proveedor le solicita un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o no continuaremos pagando por un servicio de Medicaid que ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la Audiencia Estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Subsidio para bajos ingresos (LIS): Consulte “Extra Help”.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que requiere que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) Servicios al miembro

LLAME AL	866-610-2273 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicios al miembro también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.
FAX	617-426-1311
ESCRIBA A	Commonwealth Care Alliance, Inc. Attn: Member Services Department 2 Avenue de Lafayette, 5 th Floor Boston, MA 02111
SITIO WEB	www.ccama.org

