Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted tiene que saber para obtener cuidado médico y otros servicios cubiertos con <plan name>. También le informa sobre su Coordinador de cuidado de salud [*Plan should replace the terms “care coordinator” with the term they use*], cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores, y bajo circunstancias especiales (incluyendo de proveedores o farmacias fuera de red), qué hacer cuando le facturan directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas para ser dueño de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "see Chapter 9, Section A, page 1."An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template*.]

Tabla de Contenido

[A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 4](#_Toc50460384)

[B. Reglas para obtener su cuidado de salud y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) [*insert if applicable:* y otros servicios]cubiertos por el plan 4](#_Toc50460385)

[C. Coordinación de cuidados 6](#_Toc50460386)

[C1. Lo que es coordinación de cuidados 6](#_Toc50460387)

[C2. Cómo usted puede contactar a su Coordinador de cuidado de salud o al Coordinador de respaldos a largo plazo (LTS) 7](#_Toc50460388)

[C3. Cómo usted puede cambiar su Coordinador de cuidado de salud 7](#_Toc50460389)

[D. Cuidados de su proveedor de cuidado primario, especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red 7](#_Toc50460390)

[D1. Cuidados de un proveedor de cuidado primario 7](#_Toc50460391)

[D2. Cuidados de especialistas y otros proveedores de la red 9](#_Toc50460392)

[D3. Qué hacer cuando uno de sus proveedores se retira de nuestro plan 10](#_Toc50460393)

[D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 10](#_Toc50460394)

[E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 11](#_Toc50460395)

[F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 11](#_Toc50460396)

[G. Cómo obtener cuidados autodirigidos 11](#_Toc50460397)

[G1. Qué son los cuidados auto-dirigidos 11](#_Toc50460398)

[G2. Quién puede recibir cuidados auto-dirigidos 11](#_Toc50460399)

[G3. Cómo obtener ayuda contratando proveedores de cuidado primario (si aplica) 11](#_Toc50460400)

[G4. Cómo pedir que envíen una copia de todos los avisos por escrito a todos los participantes del Equipo para el cuidado de salud que identifica el miembro 11](#_Toc50460401)

[H. Cómo obtener servicios dentales y de la vista 11](#_Toc50460402)

[I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o cuidado necesario de urgencia, o durante un desastre 11](#_Toc50460403)

[I1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica 11](#_Toc50460404)

[I2. Cuidado necesario de urgencia 13](#_Toc50460405)

[I3. Cuidados durante un desastre 14](#_Toc50460406)

[J. Qué hacer si le cobran directamente el costo de servicios cubiertos por nuestro plan 14](#_Toc50460407)

[J1. Quí hacer si los servicios no son cubiertos por nuestro plan 15](#_Toc50460408)

[K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está en un estudio de investigación clínica 15](#_Toc50460409)

[K1. Definición de un estudio de investigación clínica 15](#_Toc50460410)

[K2. Pagando por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 16](#_Toc50460411)

[K3. Más información sobre estudios de investigaciones clínicas 17](#_Toc50460412)

[L. Cómo sus servicios de cuidado de salud están cubiertos cuando recibe cuidados en una institución de cuidado de salud no médica religiosa 17](#_Toc50460413)

[L1. Definición de una institución de cuidado de salud no médica religiosa 17](#_Toc50460414)

[L2. Obteniendo cuidados de una institución de cuidado de salud no médica religiosa 17](#_Toc50460415)

[M. Equipo médico duradero (DME) 18](#_Toc50460416)

[M1. DME como miembro de nuestro plan 18](#_Toc50460417)

[M2. Propiedad de DME cuando cambia de One Care a Medicare Original o Medicare Advantage 19](#_Toc50460418)

[M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan 19](#_Toc50460419)

[M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 20](#_Toc50460420)

# A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Serviciosincluyen cuidados médicos, cuidado de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés), equipo médico y otros. Los servicios cubiertosson cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. Los servicios cubiertos aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 [plans may insert number, as applicable].

Los proveedoresson los médicos, enfermeras, especialistas en salud del comportamiento y otras personas que le dan servicios y cuidado. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de cuidados de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le dan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total.

# B. Reglas para obtener su cuidado de salud y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) [insert if applicable: y otros servicios] cubiertos por el plan

<Plan name> cubre servicios cubiertos por Medicare y MassHealth. Esto incluye salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés). [Plans may also insert reference to any plan-covered services listed in their approved Plan Benefit Package.]

<Plan name> pagará el costo del cuidado de salud y los servicios que usted recibe si sigue las reglas del plan enumeradas a continuación. Para estar cubierto por nuestro plan:

* El cuidado que reciba debe ser **un** **beneficio del plan.** Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] de este Manual).
* El cuidado debe ser **médicamente necesario.** Médicamente necesario significa que los servicios sean razonables y necesarios:
* para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión, **o**
* para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación, **o**
* médicamente necesarios de otro modo según la ley de Medicare
* De acuerdo con la ley y los reglamentos de Medicaid y según MassHealth, los servicios son médicamente necesarios si:
* Pueden ser calculados de manera razonable, para impedir, diagnosticar, evitar el agravamiento, aliviar, corregir o curar enfermedades que pongan a riesgo su vida, le causen sufrimiento o dolor, causen alguna deformidad o disfunción física, amenacen con causar o agravar una discapacidad o produzcan una enfermedad, **y**
* No hay otro servicio médico o lugar de servicio disponible que funcione igual de bien o que sea adecuado para usted y más económico. La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir con las normas de cuidado de salud con reconocimiento profesional y los servicios médicamente necesarios también deben estar respaldados con registros que incluyan pruebas de dicha necesidad médica y calidad.

Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio sería médicamente necesario, puede llamar a [*plans insert reference to Member Services or other applicable resource*].

* [Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary, including modifying the name of the PCP and the description of the referral requirements and process.] Usted debe tener un **proveedor de cuidado primario** **(PCP)** que está en la red de nuestro plan (un PCP de red).Como miembro del plan, usted [insert as applicable: puede **or** debe] elegir un proveedor de la red para ser su PCP.
  + Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, lea la página <page number>.
  + En la mayoría de los casos, [insert as applicable: su PCP de la red **or** nuestro plan] debe darle una aprobación para visitar a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama un **referido**. Si no recibe un referido, es posible que <plan name> no cubra los servicios. No necesita un referido para visitar a algunos especialistas, como especialistas para la salud femenina. Para obtener más información sobre los referidos, lea la página <page number>.
  + Usted no necesita un referido de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia. También puede obtener otros tipos de cuidado sin tener una preautorización de su PCP. Para conocer más sobre esto, lea la página <page number>.
  + **Nota:** En sus primeros 90 días con nuestro plan o hasta que su Plan de cuidado individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) esté completo, usted puede seguir visitando a sus proveedores actuales, sin costo para usted, si no son parte de nuestra red. Esto se llama el período de Continuidad de cuidados (COC, por sus siglas en inglés). Durante el período de COC, nuestro Coordinador de cuidado de salud se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores de nuestra red. Después del período de COC, ya no cubriremos su cuidado si decide consultar proveedores que no son de la red.
* **Usted debe obtener su cuidado de proveedores de la red**. Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajan con el plan de salud. Pero a veces esta regla no se aplica, por ejemplo:
  + El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir emergencia o cuidado necesario de urgencia, lea la Sección I, página <page number>.
  + Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. [Plans may specify whether authorization should be obtained from the plan prior to seeking care.] En esta situación, cubriremos el cuidado [insert as applicable: como si lo hubiera recibido de proveedores de la red **or** sin costo para usted]. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, lea la Sección D, página <page number>.
  + El plan cubre servicios de diálisis renal cuando esté fuera del área de servicio del plan durante un corto tiempo. Puede obtener esos servicios en una institución de diálisis certificada por Medicare.
  + Si necesita servicios de planificación familiar, puede recibirlos de cualquier proveedor del plan One Care o de cualquier proveedor de servicios de planificación familiar contratado por MassHealth. Para más información sobre los servicios de planificación familiar, lea el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].
  + Al unirse al plan, usted puede seguir visitando a los proveedores que visita ahora durante el período de COC [plans may include reference to description on page 4 or definition in Chapter 12].
  + [Plans should add additional exceptions as appropriate.]

# C. Coordinación de cuidados

## C1. Lo que es coordinación de cuidados

[Plans should provide applicable information about care coordination. Plans should replace the terms “Coordinador de cuidado de salud” and “Equipo para el cuidado de la salud” with terms they use.

In addition, Plans must also include the following language about the availability of LTS Coordinators:

Todas las personas que se inscriban en un plan One Care pueden tener también un Coordinador de respaldos a largo plazo (LTS) en su Equipo para el cuidado de salud.

Un Coordinador de LTS trabajará con usted como miembro del plan One Care para encontrar recursos y servicios en su comunidad que le ayuden con su bienestar, independencia y objetivos de recuperación. A veces, a estos servicios se les llama servicios y respaldos a largo plazo (LTSS). Los Coordinadores de LTS también pueden ayudarle a conseguir recursos y servicios para la salud del comportamiento.

Los Coordinadores de LTS no trabajan para planes One Care. Vienen de organizaciones de comunidades independientes y son expertos en áreas como la vida, la recuperación y el envejecimiento independiente.

Puede optar por un Coordinador de LTS para que trabaje con usted como un miembro total de su Equipo para el cuidado de salud en cualquier momento. Este es un servicio gratuito para usted.

[Plans should include explanations for the following subsections. Plans should replace the terms “Coordinador de Cuidados” and “Equipo para el cuidado de salud” with terms they use].]

## C2. Cómo usted puede contactar a su Coordinador de cuidado de salud o al Coordinador de respaldos a largo plazo (LTS)

## C3. Cómo usted puede cambiar su Coordinador de cuidado de salud

# D. Cuidados de su proveedor de cuidado primario, especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red

## D1. Cuidados de un proveedor de cuidado primario

[**Note:** Insert this section only if your plan uses PCPs. Plans may edit this section to refer to a Physician of Choice (POC) instead of a PCP.]

Usted [insert as applicable: puede **or** debe] elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) que le dé y administre sus cuidados.

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

[Plans should describe the following in the context of their plans, as appropriate:

¿Qué es un PCP

Qué tipos de proveedores pueden ser un PCP

La función de un PCP

* Coordinando servicios cubiertos
* Realizando un referido
* Tomando decisiones sobre una autorización previa (aprobación para poder recibir un servicio)

Cuándo una clínica puede ser su [insert as appropriate: médico **or** proveedor] de cuidado primario (RHC/FQHC)]

### Su elección de PCP

[Plans must describe how to choose a PCP.]

### Opción de cambiar a su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Le ayudamos a encontrar a un nuevo PCP si él que tiene ahora se retira de nuestra red.

[Plans should describe how to change a PCP and indicate when that change will take effect (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of the request, etc.).]

[Plans that are obligated under MassHealth to have a transition benefit when a doctor leaves a plan must discuss that benefit here.]

### Servicios que puede obtener sin recibir antes aprobación de su PCP

[**Note:** Insert this section only if plans use referrals to network providers.]

En la mayoría de los casos usted necesitará un **referido** para visitar cualquier proveedor que no sea su PCP. Una referido es una aprobación de [plans should insert as applicable: su PCP or nuestro plan].

En ocasiones usted **no necesita un referido**. Puede obtener servicios como los que aparecen abajo sin recibir primero un referido o autorización de su PCP:

* Servicios de emergencia de proveedores de la red y fuera de la red;
* Cuidado necesario de urgencia de proveedores de la red;
* Cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan);
* Servicios de diálisis renal que usted reciba en una institución de diálisis certificada por Medicare, cuando esté fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios al miembro antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera.);
* Vacunas contra la gripe [insert if applicable: vacunas contra hepatitis B y vacunas contra la neumonía] [insert if applicable: siempre que las obtenga de un proveedor de la red]; **y**
* Cuidado de salud de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de seno, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y del cuello del útero [insert if applicable: siempre que los obtenga de un proveedor de la red].

[Plans should add additional bullets consistently formatted like the rest of this section as appropriate to describe other services that do not require a referral.]

Si no está seguro si necesita una referencia para obtener un servicio o ver a otro proveedor, pregúntele a su Coordinador de cuidado de salud o PCP.

## D2. Cuidados de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos.

* Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos atienden pacientes con problemas en el corazón.
* Los ortopedistas atienden pacientes con problemas en huesos, articulaciones o músculos.

[Plans should describe how members access specialists and other network providers, including:

Cual (si alguno) es el rol del PCP en el referido de los miembros a especialistas y otros proveedores?

Cual es el proceso para obtener preautorización [Plan explains that prior authorization means that the member must get approval from the plan before getting a specific service or drug or seeing an out-of-network provider and include information about which plan entity makes the prior authorization decision (e.g., Medical Director, the PCP, or another entity). Plans also include the process for any ongoing authorizations that may be needed.]

Quien es responsible de obtener una preautorización [Plans explain, for example, if it is the PCP or the member and refer members to the Benefits Chart in Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable] for information about which services require prior authorization.]

Si la selección de un PCP resulta en que usted esté limitado a ciertos especialistas u hospitales a quienes refiere ese PCP [*For example, plans include information about* subnetworks or referral circles.]]

## D3. Qué hacer cuando uno de sus proveedores se retira de nuestro plan

[Plans may edit this section if they are obligated under MassHealth to have a transition benefit when a doctor leaves the plan.]

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando se retire de nuestro plan. Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

* Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso sin interrupciones a proveedores calificados.
* Haremos lo humanamente posible por notificarles con 30 días de anticipación, para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
* Le ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo, para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir y nosotros trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
* Si le parece que no hemos reemplazado su proveedor anterior por otro proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una queja.

Si se entera que alguno de sus proveedores abandonará nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros, para poder ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y para administrar su cuidado. [Plans should provide contact information for assistance.]

## D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

[One Care plans should tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Include MassHealth out-of-network requirements. Describe the process for getting authorization, including who is responsible for getting it.]

Si visita a un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare o MassHealth.

* No podemos pagar a proveedores que no sean elegibles para participar en Medicare o MassHealth.
* Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o MassHealth, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
* Los proveedores deben avisarle que no son elegibles para participar en Medicare o MassHealth.

# E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

[Plans should provide applicable information about getting LTSS, including the availability of an LTS Coordinator and how the LTS Coordinator may help the member with accessing LTSS.]

# F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

[Plans should provide applicable information about getting behavioral health services, including the availability of an LTS Coordinator and how the LTS Coordinator may help the member with accessing behavioral health services.]

# G. Cómo obtener cuidados autodirigidos

[Plans should provide applicable information about getting self-directed care. This description should include the following subsections:]

## G1. Qué son los cuidados auto-dirigidos

## G2. Quién puede recibir cuidados auto-dirigidos

## G3. Cómo obtener ayuda contratando proveedores de cuidado primario (si aplica)

## G4. Cómo pedir que envíen una copia de todos los avisos por escrito a todos los participantes del Equipo para el cuidado de salud que identifica el miembro

# H. Cómo obtener servicios dentales y de la vista

[Plans should provide applicable information about getting dental and vision services.]

# Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o cuidado necesario de urgencia, o durante un desastre

## I1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica

### La definición de una emergencia médica

Una emergencia médica es una enfermedad con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves La enfermedad es tan grave que si no recibe cuidado médico inmediato cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que cause:

* riesgo grave para su salud o la del feto; **o**
* daños graves a las funciones del cuerpo; **o**
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
* en el caso de una mujer embarazada, en trabajo de parto activo, lo que significa trabajo de parto en un momento en el que podría suceder cualquiera de lo siguiente:
  + no hay tiempo suficiente para transferirle sin riesgo a otro hospital antes del parto.
  + el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.

### Qué hacer si tiene una emergencia médica

Si usted tiene una emergencia médica:

* **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. Usted no necesita obtener primero una aprobación o referido.
* [Plans add if applicable: **Asegúrese de decirle a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que dar seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted o alguien más [plans may replace “alguien más” with “su Coordinador de cuidado de salud” or other applicable term] debe llamar para avisarnos de su cuidado de emergencia, por lo general a más tardar dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia porque se retrasó en avisarnos.] [Plans must either provide the toll-free phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back of the Member ID Card).]

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

[Plans that cover emergency medical care outside the United States or its territories through MassHealth may describe this coverage based on the MassHealth coverage area. Plans must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]

[Plans may modify the following sentence to identify whether this coverage is also offered outside the United States and its territories:] Usted puede obtener cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Para obtener más información, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

[Plans that offer a supplemental benefit covering emergency/urgent coverage or ambulance services outside of the United States or its territories, mention the benefit here and then refer members to Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable] for more information.]

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le den cuidado de emergencia. Esos médicos nos avisarán cuando termine su emergencia médica.

[Plans may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.] Cuando termine la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurar que se mejore. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado lo más pronto posible.

### Qué hacer si tiene una emergencia de salud del comportamiento

[Plans should provide applicable information about getting behavioral health emergency services, including Emergency Service Program (ESP) information.]

### Obtenido cuidado de emergencia si no fue una emergencia

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Podría ir por cuidado de emergencia pero el médico puede decir que realmente no era una emergencia. Mientras haya sido razonable que usted creyera que su salud corría grave riesgo, cubriremos su cuidado.

No obstante, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos su cuidado adicional solamente si:

* usted visita a un proveedor de la red, **o**
* el cuidado que reciba se considera “cuidado necesario de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener ese cuidado. (Lea la siguiente sección).

## I2. Cuidado necesario de urgencia

### Definición de cuidado necesario de urgencia

El cuidado necesario de urgencia es cuidado que recibe por una enfermedad, lesión o enfermedad repentina, que no es una emergencia pero que de cualquier manera requiere que se le atiende de manera inmediata. Por ejemplo, puede tener una agudización de una enfermedad existente y requerir tratamiento para ella.

### Cuidado necesario de urgencia cuando está en el área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones cubriremos el cuidado necesario de urgencia sólo si:

* recibe este cuidado de proveedores de la red, **y**
* sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no puede visitar a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado necesario de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.).]

### Cuidado necesario de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando está fuera del área de servicio del plan, podría no ser posible que obtenga cuidado de proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado que sea necesario urgentemente que reciba de cualquier proveedor.

[Plans that cover urgently needed care outside the United States or its territories through MassHealth may describe this coverage based on the MassHealth coverage area.]

Nuestro plan no cubre el cuidado necesario de urgencia ni cualquier otro cuidado [insert if plan covers emergency care outside of the United States and its territories: que no sea de emergencia] que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

[Plans with that offer emergency/urgent coverage outside of the United States and its territories as a supplemental benefit, modify this section.]

## I3. Cuidados durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de U.S. Health and Human Services, or el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o en estado de emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a cuidado de <plan name>.

Por favor visite nuestro sitio web para encontrar información sobre cómo obtener cuidado necesario durante un desastre declarado: <web address>. [In accordance with 42 CFR 422.100(m), plans are required to include on their web page, at a minimum, information about coverage of benefits at non-contracted facilities at network cost sharing without required prior authorization; terms and conditions of payment for non-contracted providers; and each declared disaster’s start and end dates.]

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, permitiremos que usted reciba cuidado de proveedores fuera de la red con la [insert as applicable: cuota de costo compartido dentro de la red **or** sin costo para usted]. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Para más información, por favor lea el Capítulo 5 [*plans may insert reference, as applicable*].

# J. Qué hacer si le cobran directamente el costo de servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos la factura.

**Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.**

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por [plans with cost sharing, insert: el costo total de] servicios médicos cubiertos, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para saber qué hacer.

## J1. Quí hacer si los servicios no son cubiertos por nuestro plan

<Plan name> cubre todos los servicios:

* médicamente necesarios, **y**
* que aparecen en la Tabla de beneficios del plan (lea el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable]), **y**
* que usted obtenga siguiendo las reglas del plan.

Si usted obtiene servicios que no tienen cobertura de nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo.**

Si quiere saber si pagaremos por algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos de palabra o por escrito. Si decimos que no pagaremos por los servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9 [planes may insert reference, as applicable] se explica qué hacer si desea que el plan pague un servicio médico que normalmente no paga. También le dice cómo apelar una decisión sobre un servicio. También puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number> para conocer más sobre esto.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si se pasa el límite, usted tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a Servicios al miembro para conocer cuáles son los límites y cuán cerca está de alcanzarlos.

# K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está en un estudio de investigación clínica

## K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (conocido también como prueba clínica) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Se solicitan voluntarios para que ayuden en el estudio. Este tipo de estudios ayuda a los médicos a decidir si funciona una nueva clase de cuidado de salud o medicamento y si son seguros.

Una vez que Medicare [plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan] apruebe un estudio en el que usted desea participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted es elegible para participar. Puede participar en el estudio siempre que cumpla las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participe en el estudio puede seguir inscrito en nuestro plan. De ese modo, puede seguir obteniendo cuidados de nuestro plan que no estén relacionados con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita obtener aprobación de nosotros [plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence] o de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le dan cuidado como parte del estudio no tienen que ser proveedores de la red.

[If applicable, plans should describe MassHealth’s role in providing coverage for clinical research studies.]

**Usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su Coordinador de cuidado de salud debe comunicarse con Servicios al miembro.

## K2. Pagando por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará por los servicios cubiertos bajo el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos bajo el estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez que se integre a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Esto incluye:

* alojamiento y comida por una estadía en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio,
* una operación u otro procedimiento médico que es parte del estudio de investigación, **y**
* tratamiento de todos los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

[Plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert: Nosotros pagaremos todos los costos si usted participa como voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare no apruebe, pero que sea aprobado por nuestro plan.] Si usted forma parte de un estudio que Medicare [plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan] **no haya aprobado**, usted tendrá que pagar cualquier costo de su participación en el estudio.

[If applicable, plans should describe MassHealth’s role in paying for clinical research studies.]

## K3. Más información sobre estudios de investigaciones clínicas

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si lee “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1‑877‑486-2048.

# L. Cómo sus servicios de cuidado de salud están cubiertos cuando recibe cuidados en una institución de cuidado de salud no médica religiosa

[If applicable, plans should revise this section as needed to describe MassHealth’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]

## L1. Definición de una institución de cuidado de salud no médica religiosa

Una institución de cuidado de salud no médica religiosa es un lugar que proporciona cuidado que normalmente no obtendría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución de cuidado de salud no médica religiosa.

Puede elegir recibir cuidado de salud en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio solamente es para servicios como paciente hospitalizado de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médico). Medicare pagará los servicios de cuidado de salud no médico proporcionado solamente por instituciones de cuidado de salud no médica religiosa.

## L2. Obteniendo cuidados de una institución de cuidado de salud no médica religiosa

Para obtener cuidado de una institución de cuidado de salud no médica religiosa, debe firmar un documento legal que diga que usted está en contra de recibir tratamiento médico “no excluido”.

* Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado **voluntario** y **no exigido** por la ley federal, del estado o local.
* Tratamiento médico “excluido” es todo cuidado que **no es voluntario** y es **exigido** en virtud de la ley federal, del estado o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que reciba de una institución de cuidado de salud no médica religiosa, este cuidado debe cumplir las siguientes condiciones.

* La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
* Los servicios se limitan a aspectos no religiosos del cuidado.
* Si recibe servicios en una institución, lo siguiente aplica:
  + Los servicios deben ser para una enfermedad que cubriríamos como cuidado de paciente hospitalizado de hospital o centro de enfermería especializada.
  + [Omit this bullet if not applicable:] Deberá obtener aprobación de nuestro plan antes de ser internado en la institución o su estadía no tendrá cobertura.

[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the Benefits Chart in Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable]) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]

# M. Equipo médico duradero (DME)

## M1. DME como miembro de nuestro plan

Equipo médico duradero se refiere a ciertos elementos pedidos por un proveedor para que usted use en su casa. Ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés), dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores

Con algunos artículos, como las prótesis, usted siempre será el propietario.

En esta sección discutimos que DME debe alquilar. Como miembro de <plan name>, [insert if the plan sometimes allows transfer of ownership to the member: por lo general] el DME que alquile no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo alquile.

[If the plan allows transfer of ownership of certain DME items to members, the plan must modify this section to explain the conditions under which and when the member can own specified DME.]

[If the plan sometimes allows transfer of ownership to the member for DME items other than prosthetics, insert: En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Llame a Member Services para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.]

[If the plan never allows transfer of ownership to the member (except as noted above, for example, for prosthetics), insert: Incluso si usted tuvo el DME por hasta 12 meses consecutivos con Medicare antes de integrarse a nuestro plan, el equipo no pasará a ser de su propiedad.]

[Plans should modify this section as necessary to explain any additional MassHealth coverage of DME.]

## M2. Propiedad de DME cuando cambia de One Care a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME lo poseen después de 13 meses. Bajo un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que el equipo pase a ser de su propiedad.

**Nota:** Puede encontrar definiciones de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & Usted 2021*. Si no tiene una copia de este manual, la puede obtener en el sitio de web de Medicare ([es.medicare.gov](https://es.medicare.gov/)) o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberían llamar al 1‑877-486‑2048.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos bajo Medicare Original, o tendrá que hacer el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage, para que el artículo de DME pase a ser de su propiedad si:

* usted no se convirtió en propietario del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, **y**
* usted abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare por fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original un plan Medicare Advantage.

Si hizo pagos por el artículo de DME bajo Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de ingresar a nuestro plan, **esos pagos a Medicare Original o al plan Medicare Advantage no cuentan para los pagos que necesita hacer después de retirarse de nuestro plan**.

* Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o un número de nuevos pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage para que el artículo de DME pase a ser de su propiedad.
* No hay excepciones a este caso cuando vuelve a Medicare Original o un plan Medicare Advantage.

## M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan

Si usted reúne los requisitos para que Medicare cubra los equipos de oxígeno y es usted miembro de nuestro plan, tendrá derecho a los siguientes beneficios:

* Alquiler de equipos de oxígeno
* Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
* Tubos y accesorios para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
* Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno será devuelto a su propietario cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

## M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan para inscribirse en Medicare Original**, deberá alquilar el equipo a un proveedor durante 36 meses. El pago mensual del alquiler cubre el equipo de oxígeno y los suministros y servicios relacionados anteriormente.

Si **transcurridos los 36 meses de alquiler**, el equipo de oxígeno es médicamente necesario:

* su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
* su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno y los suministros durante un máximo de 5 años si fuera médicamente necesario.

Si **transcurrido el período de 5 años**, el equipo de oxígeno es todavía médicamente necesario:

* su proveedor ya no podrá proporcionárselo y deberá decidir si obtener el equipo de repuesto de otro proveedor.
* empieza un nuevo período de 5 años.
* se lo alquilará a un proveedor durante 36 meses.
* su proveedor deberá entonces facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
* cada 5 años empieza un nuevo ciclo, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan para inscribirse en un plan Medicare Advantage**, este le ofrecerá, como mínimo, la misma cobertura que Medicare Original. Infórmese sobre qué equipos de oxígeno y suministros cubre su plan Medicare Advantage y sobre los costos que supondrá para usted.