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 debe saber para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos con <plan name>. También le proporciona información sobre su coordinador de cuidado de salud [*plans should replace the term “Care Coordinator” as needed throughout this chapter with the term they use*],cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y en qué circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME). Los 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, and section. For example, "refer to Chapter 9, Section A." 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 contenidos

[A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 4](#_Toc171323017)

[B. Reglas para obtener cuidado de salud y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) [*insert if applicable:* y otros servicios] cubiertos por el plan 4](#_Toc171323018)

[C. Coordinación de cuidado de salud 6](#_Toc171323019)

[C1. Qué es la coordinación de cuidado de salud 6](#_Toc171323020)

[C2. Cómo contactar con su coordinador de cuidado de salud o su coordinador de respaldos a largo plazo (LTS) 7](#_Toc171323021)

[C3. Cómo cambiar a su coordinador de cuidado de salud 7](#_Toc171323022)

[D. Cuidados de su proveedor de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 7](#_Toc171323023)

[D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario 7](#_Toc171323024)

[D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 9](#_Toc171323025)

[D3. Qué hacer cuando uno de sus proveedores abandona nuestro plan 10](#_Toc171323026)

[D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 11](#_Toc171323027)

[E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 11](#_Toc171323028)

[F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 11](#_Toc171323029)

[G. Cómo obtener cuidados autodirigidos 11](#_Toc171323030)

[G1. Qué son los cuidados autodirigidos 11](#_Toc171323031)

[G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos 11](#_Toc171323032)

[G3. Cómo obtener ayuda en la contratación de proveedores de cuidado primario (si es aplicable) 11](#_Toc171323033)

[G4. Cómo pedir que envíen una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del equipo para el cuidado de salud que identifica el miembro 12](#_Toc171323034)

[H. Cómo obtener servicios dentales y de la vista 12](#_Toc171323035)

[I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre 12](#_Toc171323036)

[I1. Cuidados en caso de emergencia médica 12](#_Toc171323037)

[I2. Cuidado necesario de urgencia 14](#_Toc171323038)

[I3. Cuidado en situaciones de desastre 15](#_Toc171323039)

[J. Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted 15](#_Toc171323040)

[J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 15](#_Toc171323041)

[K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está usted participando en un estudio de investigación clínica 16](#_Toc171323042)

[K1. Definición de estudio de investigación clínica 16](#_Toc171323043)

[K2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 17](#_Toc171323044)

[K3. Más información sobre estudios de investigación clínica 17](#_Toc171323045)

[L. Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 17](#_Toc171323046)

[L1. Definición de institución religiosa no médica de cuidados de salud 18](#_Toc171323047)

[L2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 18](#_Toc171323048)

[M. Equipo médico duradero (DME) 19](#_Toc171323049)

[M1. DME como miembro de nuestro plan 19](#_Toc171323050)

[M2. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar de One Care a Medicare Original o Medicare Advantage 19](#_Toc171323051)

[M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan 20](#_Toc171323052)

[M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 20](#_Toc171323053)

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

El término “servicios” incluye, entre otros, la prestación de cuidados médicos, cuidados de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica y equipo médico. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los servicios cubiertos se muestran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 [plans may insert page number, as applicable].

El término “proveedores” hace referencia a los médicos, enfermeros, especialistas de salud del comportamiento y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término "proveedores" también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

Los “proveedores de la red” son aquellos proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total.

# Reglas para obtener cuidado de salud y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) [*insert if applicable:* y otros servicios] cubiertos por el plan

<Plan name> cubre los servicios cubiertos por Medicare y MassHealth. Esto incluye servicios de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica. [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 reciba si sigue las reglas del plan indicadas 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 son 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:
* puede considerarse de manera razonable que previenen, diagnostican, evitan el agravamiento, alivian, corrigen o curan enfermedades que ponen en riesgo su vida, le causan sufrimiento o dolor, causan alguna deformidad o disfunción física, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o producen una enfermedad o dolencia, **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 la red). Como miembro del plan, usted [insert as applicable: puede **or** debe] elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
  + Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la sección <section letter>.
  + En la mayoría de los casos, [insert as applicable: el PCP de su red **or** nuestro plan] debe darle una aprobación antes de que usted pueda acudir a una persona que no sea su PCP o de utilizar a otros proveedores en la red del plan. Es lo que se conoce como un **referido**. Si usted no obtiene el referido con anticipación, <plan name> podría no cubrir los servicios. No necesita un referido para ver a determinados especialistas, tales como los especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre los referidos, consulte la sección <section letter>.
  + Usted no necesitará un referido de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia. También podrá obtener otras clases de cuidados sin necesidad de un referido de su PCP. Para obtener más información al respecto, consulte la sección <section letter>.
  + **Nota:** En sus primeros 90 días con nuestro plan o hasta que su Plan de cuidado individualizado (ICP) esté completo, usted puede seguir consultando a sus proveedores actuales, sin costo para usted, si no son parte de nuestra red. Esto se denomina el período de continuación de cuidados (COC). Durante el período de COC, nuestro coordinador de cuidado de salud se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después del período de COC, ya no cubriremos su cuidado si decide acudir a proveedores fuera de la red.
* **Usted debe recibir el cuidado de su salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen 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 lo que se considera emergencia o cuidado necesario de urgencia, consulte la Sección I.
* Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, podrá 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 este caso, cubriremos el cuidado [insert as applicable: como si lo hubiera recibido de un proveedor de la red **or** sin ningún costo para usted]. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.
* El plan cubre servicios de diálisis cuando esté fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible durante un tiempo corto. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para 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. Consulte el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar.
* Al unirse al plan, usted podrá seguir consultando a sus proveedores actuales durante el período de continuación de cuidados (COC) [plans may include reference to description on page 4 or definition in Chapter 12].
  + [Plans should add additional exceptions as appropriate.]

# Coordinación de cuidado de salud

## C1. Qué es la coordinación de cuidado de salud

[Plans should provide applicable information about care coordination. Plans should replace the terms “Coordinador de cuidado de salud” and “Equipo para el cuidado de 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 inscriben 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 lo 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 ayudarlo 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 independiente, la recuperación y el envejecimiento. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarlo a defender sus necesidades.

Puede optar por un coordinador de LTS 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 cuidado de salud” and “Equipo para el cuidado de salud” with terms they use].].

## C2. Cómo contactar con su coordinador de cuidado de salud o su coordinador de respaldos a largo plazo (LTS)

## C3. Cómo cambiar a su coordinador de cuidado de salud

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

## D1. Cuidado 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 se encargue de gestionar y proporcionarle cuidado.

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

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

Qué es un PCP

¿Qué tipo de proveedores pueden ser PCP?

Funciones de un PCP:

* coordinar los servicios cubiertos
* realizar un referido
* tomar decisiones sobre una autorización previa (PA) (aprobación para poder recibir un servicio)

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

### Cómo elegir un PCP

[Plans must describe how to choose a PCP.]

### Posibilidad de cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros lo ayudamos a encontrar un nuevo PCP si el que tiene actualmente abandona 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 aprobación previa de su PCP

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

La mayoría de las veces, necesitará un **referido** para acudir a cualquier proveedor que no sea su PCP. Un referido es la aprobación de [plans should insert as applicable: su PCP or nuestro plan].

Algunas veces, **no necesitará un referido**.Usted podrá obtener los siguientes servicios sin un referido o la autorización previa 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 le sea posible acceder a un proveedor de la red (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan).

NOTA: Los servicios deben ser médicamente necesarios y deben necesitarse de manera inmediata.

* Servicios de diálisis renal en una institución de diálisis certificada por Medicare cuando usted se encuentre 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 de la red.)
* Vacunas contra la gripe y la COVID-19 [insert if applicable: así como vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía] [insert if applicable: siempre que las obtenga de un proveedor de la red].
* Cuidado de salud de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de seno, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes 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 de si necesita un referido para obtener un servicio o consultar con otro proveedor, pregúntele al Coordinador de cuidado, PCP, o llame a Servicios al miembro al [plans should insert toll free phone number and TTY number].

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

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

* Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos tratan a pacientes con problemas del corazón.
* Los ortopedistas tratan a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

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

La función del PCP (si la tiene) a la hora de referir a los miembros a especialistas y otros proveedores

El proceso para obtener una PA[*Plans explain that PA means that the member must get approval from the plan before getting a specific service or drug or going to an out-of-network provider and include information about which plan entity makes the PA decision (e.g., Medical Director, the PCP, or another entity). Plans also include the process for any ongoing authorizations that may be needed.*]

El responsable de obtener la PA[*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 PA.*]

Si el hecho de elegir un PCP en concreto significa que usted solo tendrá acceso al grupo de especialistas u hospitales a los que ese PCP refiere[*For example, plans include information about subnetworks or referral circles*.]]

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

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

Puede ocurrir 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, estamos obligados a darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
* En caso de que su proveedor abandone nuestro plan, se lo notificaremos para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
  + Si su proveedor de cuidado primario o de la salud del comportamiento abandona nuestro plan, se lo notificaremos en caso de que lo haya visitado en los últimos tres años.
  + Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos en caso de que esté asignado a dicho proveedor, que esté recibiendo sus cuidados o que lo haya visitado en los últimos tres meses.
* Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, usted tiene derecho a pedir la continuidad, y nosotros trabajaremos para que así sea, de ese tratamiento o terapia médicamente necesario.
* Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y sus opciones para cambiar de plan.
* Si no podemos encontrar un especialista certificado en la red que sea accesible para usted, deberemos buscar un especialista fuera de la red para que le preste el cuidado que necesita, en caso de que el beneficio o proveedor de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. [*Plans should indicate if prior authorization is needed.*]
* Si cree que el nuevo proveedor que le hemos asignado no está calificado o que su cuidado no está siendo proporcionado correctamente, tiene el derecho de apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 [plans may insert a reference, as applicable] para más información sobre cómo apelar.

Si se entera de que alguno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a 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 consulta a un proveedor fuera de la red, dicho proveedor deberá cumplir los requisitos para poder participar en Medicare o MassHealth.

* No podemos pagar a proveedores que no cumplan los requisitos para participar en Medicare o MassHealth.
* Si consulta a un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare o MassHealth, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
* Los propios proveedores deberán decirle si cumplen o no los requisitos para participar en Medicare o MassHealth.

# 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.]

# 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.]

# 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 autodirigidos

## G2. Quién puede obtener cuidados autodirigidos

## G3. Cómo obtener ayuda en la contratación de proveedores de cuidado primario (si es aplicable)

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

# Cómo obtener servicios dentales y de la vista

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

# Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre

## I1. Cuidados en caso de emergencia médica

### Definición de emergencia médica

Se considera emergencia médica cualquier problema de salud con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves, o cuya gravedad sea tal que si usted no recibe cuidado médico inmediato, cualquier persona con unos conocimientos médicos o de salud medios podría esperar que derivase en:

* riesgos graves para su salud o la del feto; **o**
* daños graves a las funciones corporales; **o**
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
* en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
  + no hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes de que dé a luz.
  + un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.

### Qué hacer en caso de emergencia médica

Si tiene usted una emergencia médica:

* **Pida ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda 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 un referido. No es obligatorio que utilice un proveedor de la red. Usted puede obtener cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios [Insert as applicable: o en cualquier parte del mundo] de cualquier proveedor con la debida licencia del estado.
* [Plans add if applicable: **Lo más pronto posible, comunique a su plan sobre su emergencia.** Tenemos que hacer el seguimiento del cuidado de emergencia que reciba. Usted o alguien más [plans may replace “someone else” with “your Care Coordinator” or other applicable term] deberá llamar para informarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo máximo de 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia aunque hubiéramos sido informados fuera de plazo.] [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.]

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan cubre este servicio. También cubrimos los servicios médicos recibidos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

Los proveedores que proporcionen cuidado de emergencia decidirán cuándo se ha estabilizado y ha terminado su emergencia médica. Continuarán dándole tratamiento y se pondrán en contacto con nosotros para la correspondiente planificación en caso de que necesite cuidados complementarios para ponerse mejor.

[Plans may modify this paragraph as needed to address their post-stabilization care.] Nuestro plan cubre sus cuidados complementarios. 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 antes posible.

### Qué hacer en caso de una emergencia de salud del comportamiento

[Plans should provide applicable information about getting behavioral health emergency services, including Emergency Service Program (ESP) information. Plans should include number for Massachusetts Behavioral Health help line and URL for website.]

### Qué ocurre si recibe cuidado de emergencia cuando no es realmente una emergencia

A veces es difícil saber si se tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Usted podría solicitar cuidado de emergencia, pero el médico podría decir que realmente no era una emergencia. Si es razonable que usted haya creído que su salud corría un grave peligro, cubriremos el cuidado de emergencia.

No obstante, si el médico dice que no era una emergencia, solo cubriremos el cuidado adicional si:

* usted utiliza un proveedor de la red, **o**

el cuidado adicional que reciba es considerado “cuidado necesario de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener ese cuidado. (Consulte la siguiente sección).

## I2. Cuidado necesario de urgencia

### Definición de cuidado necesario de urgencia

El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que se recibe para tratar una situación que, a pesar de no ser una emergencia, requiere atención inmediata. Por ejemplo, una enfermedad existente se puede agudizar o usted puede verse afectado por una enfermedad o una lesión inesperadas.

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

En la mayoría de los casos, solo cubriremos el cuidado necesario de urgencia si:

* recibe este cuidado de salud de proveedores de la red **y**

sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no fuera posible o razonable acceder a un proveedor de la red, debido al tiempo, el lugar o las circunstancias, cubriremos el cuidado necesario de urgencia que usted 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.). Plans should include instructions for how to access plans Virtual Urgent Care, MIH, etc. if the plan offers these services.]

### Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, puede que no le sea posible acceder a proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado necesario de urgencia que usted 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.]

[*Insert if applicable*: Nuestro plan no cubre cuidados necesarios de urgencia ni ningún otro cuidado [insert if plan covers emergency care outside of the United States and its territories: que no sea de emergencia] que obtenga fuera de los Estados Unidos.]

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

## I3. Cuidado en situaciones de desastre

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

Visite nuestro sitio web para informarse sobre cómo obtener cuidados de salud durante una situación de desastre declarada: <URL>. [*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 PA; terms and conditions of payment for non-contracted providers; and each declared disaster’s start and end dates.*]

En situaciones de desastre declaradas, si no puede acceder a un proveedor de la red, le permitiremos que reciba cuidados de proveedores fuera de la red sin costo para usted.Si no puede acceder a una farmacia de la red durante una situación de desastre declarada, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 [*plans may insert reference, as applicable*] para obtener más información.

# Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted

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

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

Si ha pagado por sus servicios cubiertos o si le han facturado servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para saber qué hacer.

## J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

<Plan name> cubre todos los servicios:

* que sean médicamente necesarios, **y**
* que aparezcan en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable]), **y**

que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

Si usted obtiene servicios no cubiertos por nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo**.

Si quiere saber si pagaremos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos oralmente o por escrito. Si decidimos que no pagaremos esos servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] explica qué hacer si desea que el plan pague por un servicio médico que normalmente no está incluido. Asimismo, le informa sobre cómo apelar una decisión sobre un servicio. También puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number> para obtener más información al respecto.

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

# Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está usted participando en un estudio de investigación clínica

## K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (conocido también como ensayo clínico) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare [plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan]haya aprobado un estudio en el que usted quiera participar, y en el que usted manifiesta interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted cumple los requisitos necesarios para participar en él. Usted podrá participar en el estudio si cumple las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que tendrá que hacer en el estudio.

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

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que nos avise y no necesita nuestra aprobación [plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence] ni la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio **no** tienen que ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que estos casos no incluyen los beneficios por los cuales se responsabilizan nuestros planes, lo cual incluye exámenes clínicos o registros para evaluar el beneficio. No obstante, sí se incluyen beneficios especificados conforme a las resoluciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de excepciones de dispositivos en investigación (IDE), pero pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

[If applicable, plans should insert brief text about approval for, and voluntary member participation in, any clinical research studies Medicaid or the plan offers.]

**Pero usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si usted tiene intención de participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidado de salud deberán ponerse en contacto con Servicios al miembro para informarnos de que usted va a tomar parte en un ensayo clínico.

## K2. Pago de 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 nada por los servicios cubiertos del estudio. Medicare será quien pague los servicios cubiertos del estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez se haya inscrito en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Eso incluye lo siguiente:

* alojamiento y comida por una estadía en el hospital, la que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio,
* una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación **y**

el 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 ha 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 investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048.

# Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud

[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 institución religiosa no médica de cuidados de salud

Una institución religiosa no médica de cuidados de salud es un lugar que proporciona cuidados que normalmente 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 religiosa no médica de cuidados de salud.

Este beneficio solamente es aplicable a los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médico).

## L2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidados de salud, 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 de carácter **voluntario** y **no exigido** por la ley federal, estatal o local.

Tratamiento médico “excluido” es todo aquel cuidado que **no sea voluntario** y que sea **exigido** de conformidad con la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado recibido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud, dicho 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 de salud.
* Si usted recibe servicios en una institución, deberán cumplirse los requisitos siguientes:
  + Los servicios deben destinarse a una afección médica que cubriríamos como cuidado para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada.
  + [Omit this bullet if not applicable.] Antes de ser internado en la institución, deberá obtener aprobación de nuestro plan. De lo contrario, 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.]

# Equipo médico duradero (DME)

## M1. DME como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye determinados artículos que puede solicitar un proveedor, tales como sillas de ruedas, muletas, camas motorizadas, suministros para personas con diabetes, camas de hospital pedidas por un proveedor para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será dueño de ciertos artículos, por ejemplo las prótesis.

En esta sección hablamos del equipo médico duradero que usted debe alquilar. Como miembro de <plan name>, [insert if the plan sometimes allows transfer of ownership to the member: por lo general] el equipo alquilado 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 cederemos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicios al miembro para informarse sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.]

Incluso si usted tuvo equipo médico duradero por 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en 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. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar de One Care a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en propietarios del equipo alquilado después de 13 meses. El plan Medicare Advantage 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:** Consulte las definiciones de los planes de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También encontrará más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si no tiene una copia de este manual, puede conseguirla ingresando en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para poder ser propietario del equipo, usted deberá realizar 13 pagos consecutivos bajo el plan Medicare Original, o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage, si:

* usted no se convirtió en propietario del equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan **y**

usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.

Si efectuó los pagos del equipo médico duradero bajo Medicare Original o bajo un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **los pagos realizados a Medicare Original o al plan Medicare Advantage no se descontarán de los pagos que tenga que hacer después de dejar nuestro plan**.

* Para que el equipo pase a ser de su propiedad, usted tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o el número de nuevos pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage.
* No se harán excepciones en este punto cuando usted vuelva a Medicare Original o a 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 debe ser devuelto cuando ya no es médicamente necesario para usted o si usted abandona el 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 sigue siendo 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.
* dará comienzo 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.