

Evidencia de cobertura de Planes de salud calificados

**Para grupos pequeños inscritos mediante WellSense
Platinum, Gold, Silver, Bronze**



Este plan de salud cumple con **los estándares de Cobertura mínima acreditable** y **cumplirá** el requisito individual de que usted tenga seguro médico. Consulte la página 3 para obtener más información.

WellSense Health Plan, Inc.

529 Main Street Suite 500 Charlestown, MA 02129

Fecha de emisión y fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2023

Formulario N.º WS-EmChDirectQHP2023 ver.2

Important! This is about your WellSense Health Plan benefits. We can translate it for you free of charge. Please call **855-833-8120 (TTY: 711)** for translation help.

¡Importante! Esta información es sobre sus beneficios de WellSense Health Plan. Podemos traducirlo para usted de forma gratuita. Llame al **855-833-8120 (TTY: 711)** para obtener ayuda de traducción. (ESA)

Importante! Esta comunicação é sobre os benefícios da WellSense Health Plan. Podemos traduzir para você gratuitamente. Ligue para **855-833-8120 (TTY: 711)** para obter ajuda com a tradução. (PTB)

重要提示！此信息与您的 WellSense Health Plan 福利有关，我们可免费提供翻译。如需获得翻译服务，请拨打 **855-833-8120 (TTY: 711)**。(CHS)

Enpotan! Sa a se sou avantaj WellSense Health Plan ou an. Nou ka tradui li pou ou gratis. Tanpri relel **855-833-8120 (TTY: 711)** pou jwenn èd ak tradiksyon. (HRV)

Quan trọng! Đây là thông tin về quyền lợi trong WellSense Health Plan của quý vị. Chúng tôi có thể dịch thông tin này miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **855-833-8120 (TTY: 711)** để được trợ giúp dịch thuật. (VIT)

Важно! Здесь содержится информация о преимуществах вашего медицинского страхового плана WellSense Health Plan. Мы можем перевести для вас этот документ бесплатно. За помощью в переводе позвоните по телефону **855-833-8120 (TTY: 711)**. (RUS)

Σημαντικό! Πρόκειται για τις παροχές του WellSense Health Plan. Μπορούμε να σας το μεταφράσουμε δωρεάν. Καλέστε στο **855-833-8120 (TTY: 711)** για βοήθεια σχετικά με τη μετάφραση. (ELG)

هام! هذا حول مزايا WellSense Health Plan الخاصة بك. يمكننا ترجمتها لك مجاناً. يرجى الاتصال
بـ **855-833-8120 (TTY: 711)** للمساعدة في الترجمة. (ARA)

महत्वपूर्ण! यह आपके WellSense Health Plan लाभों के बारे में है। हम आपके लिए इसका निःशुल्क अनुवाद कर सकते हैं। कृपया अनुवाद संबंधित सहायता के लिए **855-833-8120 (TTY: 711)** पर फ़ोन करें। (HIN)

중요! 이것은 WellSense Health Plan 혜택에 대한 내용입니다. 무료로 번역해 드릴 수 있습니다. 번역 도움이 필요하면 **855-833-8120 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오. (KOR)

ចំណុចសំខាន់! ព័ត៌មាននេះគឺ ស្តីអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃ WellSense Health Plan របស់អ្នក។ យើងអាចបកប្រែវាសម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **855-833-8120 (TTY: 711)** សម្រាប់ជំនួយផ្នែកបកប្រែ។ (KHM)

Ważne! To dotyczy Twoich świadczeń w ramach planu zdrowotnego WellSense Health Plan. Możemy nieodpłatnie przetłumaczyć dla Ciebie te informacje. Zadzwoń pod numer **855-833-8120 (TTY: 711)**, aby uzyskać pomoc w tłumaczeniu. (POL)

ສິ່ງສຳຄັນ! ນີ້ແມ່ນກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນ WellSense Health Plan ຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາສາມາດແປພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ກະລຸນາໂທ **855-833-8120 (TTY: 711)** ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາ. (LAO)

Important! This material can be requested in an accessible format by calling 855-833-8120 (TTY: 711).

Notice About Nondiscrimination and Accessibility

WellSense Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, sexual orientation, limited English proficiency, or moral or religious grounds (including limiting or not providing coverage for counseling or referral services). WellSense Health Plan provides:

- free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as TTY, qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other language.

Please contact WellSense if you need any of the services listed above.

If you believe we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of any of the identifiers listed above, you can file a grievance or request help to do so at:

Civil Rights Coordinator
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129
Phone: 855-833-8120 (TTY: 711)
Fax: 617-897-0805

You can also file a civil rights complaint with the U.S. DHHS, Office for Civil Rights by mail, by phone or online at:

U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019 (TDD: 800-537-7697)

Complaint Portal:
hhs.gov/ocr/office/file/index.html

INTRODUCCIÓN

Bienvenido a WellSense Health Plan.

WellSense Health Plan, Inc., también conocido como WellSense Health Plan (“**WellSense**”) es una organización sin fines de lucro de servicios médicos de Massachusetts autorizada. Coordinamos la prestación de servicios de atención médica a *miembros* a través de contratos con *proveedores de la red*. Los *proveedores de la red* incluyen médicos, otros profesionales de atención médica y hospitales. Todos los *proveedores de la red* se encuentran en nuestra *área de servicio*. Como *miembro*, usted acepta recibir toda su atención médica (con algunas excepciones, tales como *emergencias*) de *proveedores de la red* que están inscritos en la *red de proveedores* que figura en el Esquema de beneficios. Cuando usted se convierte en *miembro*, debe elegir un *proveedor de atención primaria (PCP)*, por sus siglas en inglés) para que administre su atención médica. Su *PCP* es un *médico*, asistente médico o una enfermera especializada de la red. Su *PCP* le proporcionará servicios de atención primaria. Si fuese necesario, su *PCP* puede coordinar para que usted reciba atención de otros *proveedores de la red*.

WellSense Health Plan Employer Choice Direct. WellSense ofrece el plan *WellSense Health Plan Employer Choice Direct*, llamado en esta EOC el “*plan*”. Los *miembros del grupo* que cumplen los requisitos de elegibilidad del *plan* para *Employer Choice Direct* pueden inscribirse en nuestro *plan*. A cambio de una *prima* que *paga el grupo* a WellSense, WellSense acepta proporcionar la cobertura descrita en esta EOC a aquellos *miembros* inscritos durante el período cubierto por la *prima*. Al enviar una solicitud de afiliación firmada y pagar las *primas* aplicables, los *suscriptores* aceptan (en nombre de sí mismos y sus *dependientes* inscritos) todos los términos de esta EOC.

Esta EOC, que incluye su Esquema de Beneficios, es un documento legal importante. Describe la relación entre usted y WellSense. También describe sus derechos y obligaciones como *miembro*. Le indica cómo funciona el *plan*; describe los *servicios cubiertos*, los *servicios no cubiertos*, y ciertos *límites de beneficios* y condiciones; y le indica el *costo compartido* que usted debe pagar por los *servicios cubiertos*. También describe otra información importante. Esperamos que lea esta EOC y la guarde para usarla en el futuro. El índice le ayudará a encontrar lo que necesita saber.

Definiciones: el significado de las palabras que aparecen en cursiva en esta EOC puede encontrarse en la sección Definiciones (Apéndice A), hacia el final de la EOC. Si necesita ayuda para comprender esta EOC, póngase en contacto con nosotros. ¡Estamos aquí para ayudarle!

COBERTURA MÍNIMA ACREDITABLE Y REQUISITOS DE SEGURO MÉDICO OBLIGATORIO REQUERIMIENTO DE MASSACHUSETTS DE ADQUIRIR UN SEGURO MÉDICO:

A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts exige que los residentes de Massachusetts, de 18 años de edad o mayores, tengan cobertura de salud que cumpla con los estándares de cobertura mínima acreditable establecidos por el Operador de Seguros Médicos del Estado, a menos que sea exonerado del requisito de seguro médico basado en capacidad financiera o dificultades económicas individuales. Para obtener información adicional llame al Operador de salud al 877-MA-ENROLL o visite el sitio web del Operador de salud (mahealthconnector.org).

Estándares de cobertura mínima acreditable. Este plan de salud **cumple con los estándares de Cobertura mínima acreditable** que están en vigencia a partir del 1 de enero de 2022, como parte de la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts. Si usted compra este plan, **cumplirá** con el requisito legal de tener un seguro médico que se ajuste a dichos estándares.

ESTA DIVULGACIÓN ES PARA LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA MÍNIMA ACREDITABLE QUE ESTÁN VIGENTES A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2022. DEBIDO A QUE ESTOS ESTÁNDARES PUEDEN CAMBIAR, REVISE CADA AÑO EL MATERIAL DE SU PLAN DE SALUD PARA DETERMINAR SI SU PLAN CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES MÁS RECIENTES.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede llamar al (617) 521-7794 y comunicarse con la División de Seguros, o visitar su sitio web en www.mass.gov/doi.

GUÍA DE DIRECCIONES Y NÚMEROS TELEFÓNICOS

Departamento de Servicios para Miembros: 855-833-8120 (línea gratuita) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Estamos aquí para ayudarle: el Departamento de Servicios para Miembros está disponible para ayudarle a responder sus preguntas. Nos esforzamos por proporcionar un servicio de excelencia. Las llamadas a Servicios para Miembros pueden ser supervisadas para asegurar la calidad del servicio. Le podemos ayudar con lo siguiente:

- Cómo funciona el *plan*.
- Selección de un *proveedor de atención primaria (PCP)*.
- Beneficios.
- Elegibilidad, inscripción y reclamaciones.
- Información del *proveedor de la red*.
- Tarjetas de identificación, hacer llegar una duda, facturación y notificación sobre cambio de dirección.
- Proceso de satisfacción del miembro (*quejas o apelaciones*).
- Información sobre la revisión de la utilización: llame a Servicios para Miembros si desea averiguar sobre el estado de la decisión de revisión de la utilización (*revisión de necesidad médica*).
- **Miembros con pérdida total o parcial de la audición:** pueden comunicarse con Servicios para Miembros si llaman a nuestro teléfono TTY al 711.
- **Miembros que no hablan inglés:** Un servicio gratuito de traducción está disponible para *miembros* a pedido. Este servicio le ayuda con preguntas acerca de procedimientos administrativos del *plan*. Este servicio le proporciona acceso a intérpretes que pueden traducir más de 200 idiomas. Llame a Servicios para Miembros.

Línea de Asesoría de Enfermería: 866-763-4695 (sin costo las 24 horas). Todas las llamadas son confidenciales. *Los miembros* pueden hablar por teléfono con una enfermera y obtener respuestas a sus preguntas relacionadas con la salud. Llame cualquier día y a cualquier hora. Una enfermera registrada le ayudará. Luego de explicarle sus síntomas, la enfermera puede: darle consejos sobre cómo cuidar de sí mismo en el hogar, sugerirle que vaya a una sala de emergencias; o llamar a su médico.

Para obtener atención médica de emergencia: ante una *emergencia*, busque atención en el centro de emergencias más cercano. Si es necesario, llame al 911 para obtener asistencia médica de emergencia. (Si el 911 no está disponible en su área, llame al número local para servicios médicos de emergencia).

Para obtener atención médica urgente o de rutina: para obtener atención de rutina y *atención urgente* dentro del *área de servicio*, llame siempre a su *PCP*.

Para obtener servicios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias: El *plan* tiene contrato con Carelon Behavioral Health, para administrar todos los servicios de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias. Si necesita estos servicios, puede seguir cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Llame a la línea gratuita de salud mental/trastornos por consumo de sustancias las 24 horas del día, atendida por personal de Carelon al 877-957-5600 para solicitar asistencia para encontrar un *proveedor de la red*.
- Diríjase directamente a un *proveedor de la red* que brinde servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
- Llame a su *PCP*.
- Visite el sitio web de Carelon (carelonbehavioralhealth.com); o siga el enlace en el sitio web del *plan* (wellsense.org) para buscar *proveedores de la red*.

Para obtener equipo médico duradero, suministros médicos, prótesis u órtesis (incluso fórmulas médicas y comida baja en proteínas): El *plan* tiene contrato con Northwood, Inc. para manejar la mayoría de estos servicios. El *plan* seguirá administrando parte de este equipo y suministros. Si necesita estos servicios, puede seguir cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-833-8120.
- Llame a su PCP para que le ayude a encontrar un *proveedor de la red*.
- Visite nuestro sitio web (wellsense.org) para buscar *proveedores de la red*.

Para obtener servicios de farmacia: El *plan* tiene contrato con Express Scripts. Este es el administrador de beneficios de farmacia del *plan*. Express Scripts administra su beneficio de medicamentos con receta médica. Si necesita ayuda con este beneficio, como información acerca de los medicamentos cubiertos o las *farmacias de la red* (de venta por menor, farmacias especializadas y con envío por correo), puede optar entre cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Comunicarse con Servicios para Miembros al 855-833-8120 o visitar nuestro sitio web (wellsense.org)
- Ponerse en contacto con
Express Scripts a:
PO Box 14718
Lexington, Kentucky 40512-4718
Horario de atención de Servicio al Cliente: disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para obtener medicamentos por correo: El *plan* tiene contrato con Cornerstone Health Solutions para prestar los servicios de medicamentos por correo. Solo ciertos medicamentos de mantenimiento están disponibles por correo. Para utilizar el servicio de pedidos por correo primero debe inscribirse en Cornerstone Health Solutions. Para inscribirse en este servicio y comenzar a recibir medicamentos por correo debe comunicarse con Cornerstone Health Solutions por teléfono al 844-319-7588 o llenar el formulario de inscripción de pedidos por correo que se haya incluido en su paquete de bienvenida de *miembro* y que también está disponible en el sitio web de Cornerstone Health Solutions. El *proveedor* que receta también puede llamar a Cornerstone Health Solutions al 1-844-319-7588 o enviarles la receta por fax al 781-805-8221. Una vez que esté afiliado, puede surtir las recetas por correo, por teléfono o en línea en cornerstonehealthsolutions.org/chs-mail-order-pharmacy.

Sitio web de WellSense: wellsense.org

Dirección de WellSense: *WellSense* Corporate Headquarters:

WellSense Health Plan, Inc.
529 Main Street
Suite 500
Charlestown, MA 02129
855-833-8120

INTRODUCCIÓN	4
COBERTURA MÍNIMA ACREDITABLE Y REQUISITOS DE SEGURO MÉDICO OBLIGATORIO.....	4
GUÍA DE DIRECCIONES Y NÚMEROS TELEFÓNICOS	5
CAPÍTULO 1. ESQUEMA DE BENEFICIOS E INFORMACIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS	7
CAPÍTULO 2. CÓMO FUNCIONA EL PLAN	11
CAPÍTULO 3. SERVICIOS CUBIERTOS	17
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS:	18
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS:.....	20
CAPÍTULO 4. ELEGIBILIDAD, INSCRIPCIÓN, PAGOS DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN	49
CAPÍTULO 5: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE GRUPO	54
CAPÍTULO 6. PROCESO DE SATISFACCIÓN DEL MIEMBRO	56
CAPÍTULO 7. SI USTED TIENE OTRA COBERTURA	65
CAPÍTULO 8. OTRAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS DEL PLAN	68
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	75
Aviso: Leyes de igualdad de salud mental de Massachusetts	80
APÉNDICE A: DEFINICIONES	82
APÉNDICE B: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	93
APÉNDICE C: INFORMACIÓN SOBRE ERISA PARA MIEMBROS DEL GRUPO	94
APÉNDICE D: SERVICIOS ADICIONALES PARA LOS MIEMBROS	97
APÉNDICE E: LISTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA CUBIERTOS	99

CAPÍTULO 1. ESQUEMA DE BENEFICIOS E INFORMACIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS

Esquemas de Beneficios: cuando usted se inscribe en el *plan*, recibe un **Esquema de beneficios** y este documento de EOC (Evidencia de Cobertura). El Esquema de Beneficios para su paquete de beneficios seleccionado es un documento importante. Contiene un resumen de los *servicios cubiertos* y cualquier *límite de beneficio* relacionado; y le indica el monto de su **costo compartido** (*deducibles, copagos y coseguro*) y *desembolsos directos máximos*. **Asegúrese de conservar su Esquema de Beneficios con esta EOC.** Y asegúrese de leer sobre **todos sus beneficios** en detalle en el Capítulo 3 de esta EOC, incluidos los *servicios no cubiertos* (exclusiones).

Información de costo compartido: es posible que se le pida compartir los costos de muchos de los servicios cubiertos. Consulte su Esquema de Beneficios para el costo compartido que se aplica al paquete de beneficios en el que se inscribió. El costo compartido puede incluir uno o más de los siguientes:

Deducible: su paquete de beneficios **puede** tener un *deducible anual*. El *deducible* es el monto que usted paga por ciertos *servicios cubiertos* en un *año de beneficios* antes de que el *plan* tenga la obligación de pagar por esos *servicios cubiertos*. Una vez que usted alcanza su *deducible*, usted paga ya sea nada o el correspondiente *copago* o *coseguro* para aquellos *servicios cubiertos* durante el resto del *año de beneficios*. Consulte su Esquema de Beneficios.

Deducible individual: el monto que un *miembro* individual paga por ciertos *servicios cubiertos* antes de que se haga cualquier pago por medio del *plan* para esos servicios.

Deducible por familia:

- El *deducible* familiar se aplica a todos los *miembros* de la familia.
- Todos los importes que cualquier *miembro* de una familia pague de sus *deducibles* individuales se aplican al *deducible* de la familia. Sin embargo, lo más que una persona puede contribuir con el *deducible* de la familia por *año de beneficios* es igual al monto *deducible* individual.*
- Una vez que se alcanza el *deducible* por familia, durante un *año de beneficios*, todos los *miembros* de una familia habrán satisfecho sus *deducibles* individuales por el resto del *año de beneficios*.

* Si su paquete de beneficios es una cuenta de ahorros de salud (HSA, por sus siglas en inglés), y usted selecciona cobertura familiar, no existe ningún *deducible* individual. En tal caso, no hay beneficios pagaderos por cualquier miembro individual inscrito de la familia hasta que el *deducible* de la familia haya sido satisfecho.

Consulte el Esquema de Beneficios para obtener más información.

Notas:

- Lo siguiente no está incluido en el *deducible*: *copagos, coseguro, deducibles por Rx* (medicamentos con receta médica) si corresponde, *primas*, costos de miembros que son superiores al *monto autorizado del plan* pagado a *proveedores que no son de la red*, y cualquier pago que usted haga por los *servicios no cubiertos*.
- Los pagos que usted hizo por los *servicios cubiertos* recibidos antes de iniciar un *año de beneficios* no cuentan como parte de su *deducible* en el actual *año de beneficios*. Al inicio de cada nuevo *año de beneficios*, su acumulación de *deducible* comenzará en cero y usted empezará a acumular nuevamente hacia su *deducible* para el nuevo *año de beneficios*.
- En la mayoría de los casos, el monto acreditado hacia el *deducible* de un miembro se basa en el *monto autorizado* por el plan en la fecha de servicio. En algunos casos que incluyen ciertos *servicios cubiertos* que le presten determinados *proveedores que no son de la red*, su *deducible* se calcula en función de la ley estatal aplicable, si la hubiera, o de la ley federal aplicable. Consulte el Apéndice A: Definiciones para obtener información adicional sobre los *montos autorizados*.
- Algunos paquetes de beneficios pueden tener un *deducible separado por Rx* (*medicamento con receta médica*). Consulte el párrafo siguiente.

Deducible por Rx (medicamentos con receta médica): su paquete de beneficios puede tener un *deducible* separado para algunos medicamentos con receta médica. Esto se denomina un *deducible* de

medicamentos. Este es el monto que usted paga por ciertos medicamentos con receta médica cubiertos en un *año de beneficios* antes de que el *plan* tenga la obligación de pagar por esos medicamentos cubiertos. Una vez que alcanza su *deducible* por medicamentos con receta médica, paga solo el *copago* o *coseguro* correspondiente a esos medicamentos durante el resto del *año de beneficios*. Consulte su Esquema de Beneficios.

Deducible Rx individual: el monto que paga un *miembro* individual por ciertos medicamentos con receta médica cubiertos antes de que el *plan* haga cualquier pago por esos medicamentos.

Deducible familiar por medicamentos con receta médica:

- El *deducible* familiar por medicamentos con receta médica se aplica a todos los *miembros* de la familia.
- Todos los montos que cualquier *miembro* en una familia paga hacia su *deducible individual* por medicamentos con receta médica se aplican para el *deducible* familiar por medicamentos con receta médica. Sin embargo, lo más que una persona puede contribuir con el deducible por medicamentos con receta médica *por año de beneficios* es igual al monto del *deducible* individual por medicamentos con receta médica.
- Una vez que el *deducible* familiar por medicamentos con receta médica se ha alcanzado durante un *año de beneficios*, todos los *miembros* en una familia habrán satisfecho sus *deducibles* individuales durante el resto del *año de beneficios*.

Notas:

- Los pagos que usted hizo por medicamentos con receta médica cubiertos antes de iniciar un *año de beneficios* no cuentan como parte de su *deducible* por medicamentos con receta médica en el actual *año de beneficios*. Al inicio de cada nuevo *año de beneficios*, su acumulación de *deducible* por medicamentos con receta médica comenzará en cero y usted empezará a acumular nuevamente hacia su *deducible* por medicamentos con receta médica para el nuevo *año de beneficios*.
- En la mayoría de los casos, el monto acreditado hacia el deducible por medicamentos con receta médica de un *miembro* se basa en el *monto autorizado* por el *plan* en la fecha de servicio. En algunos casos que incluyen ciertas *farmacias que no son de la red*, su *deducible* se calcula en función de la ley estatal aplicable, si la hubiera, o de la ley federal aplicable. Consulte el Apéndice A: Definiciones para obtener información adicional sobre los *montos autorizados*.

Copago: un monto fijo que usted debe pagar por ciertos *servicios cubiertos*. Los copagos se realizan directamente al proveedor en el momento en que usted recibe la atención (a menos que el proveedor haga otros arreglos).

Nota: Los copagos que usted realizó por los *servicios cubiertos* recibidos antes de iniciar un *año de beneficios* no cuentan como parte de su *máximo de desembolso directo* por su *año de beneficios actual*. Al comienzo de cada nuevo *año de beneficios*, su acumulación comenzará en cero y empezará a acumular nuevamente para alcanzar su *máximo de desembolso directo anual* para el nuevo *año de beneficios*.

Coseguro: un monto que usted debe pagar por ciertos *servicios cubiertos*, indicado como porcentaje. En la mayoría de los casos, usted paga el porcentaje correspondiente del *monto autorizado por el plan* en la fecha de servicio. En algunos casos que incluyen ciertos *servicios cubiertos* que le presten determinados *proveedores que no son de la red*, su *coseguro* se puede calcular en función de la ley estatal aplicable, si la hubiera, o de la ley federal. Consulte el Apéndice A: Definiciones para obtener información adicional sobre los *montos autorizados*.

Nota: El *coseguro* que usted pagó por los *servicios cubiertos* recibidos antes de iniciar un *año de beneficios* no se contará hacia su *máximo de desembolso directo* para su *año de beneficios actual*. Al comienzo de cada nuevo *año de beneficios*, su acumulación comenzará en cero y empezará a acumular nuevamente para alcanzar su *máximo de desembolso directo anual* para el nuevo *año de beneficios*.

Máximo de desembolso directo: su paquete de beneficio **puede** tener un *máximo de desembolso directo*. Este es el monto máximo de *costo compartido* que usted debe pagar en un *año de beneficios* para la mayor parte de

los servicios cubiertos.

El *máximo de desembolso directo* consiste en todos* los deducibles, copagos y coseguros.

Sin embargo, no incluye*:

- primas;
- costos de miembros que son más que el *monto autorizado* para los servicios cubiertos pagados por el *plan* a los proveedores que no son de la red; y
- costos de los servicios no cubiertos.

Una vez que usted alcanza su *máximo de desembolso directo*, ya no paga deducibles, copagos ni coseguro durante el resto de ese año de beneficios*.

Máximo de desembolso directo individual: el monto máximo de *costo compartido* que una persona está obligada a pagar en un año de beneficios para la mayor parte de los servicios cubiertos.

Máximo de desembolso directo por familia:

- Todos los montos que cualquiera de los miembros de una familia paga como parte de su *máximo de desembolso directo* individual se aplican hacia el *máximo de desembolso directo* familiar. Sin embargo, lo más que una persona puede contribuir con el *máximo de desembolso directo* familiar por año de beneficios es igual al *máximo de desembolso directo* individual.
- Una vez que el *máximo de desembolso directo* por familia se ha alcanzado durante el año de beneficios, todos los miembros de la familia habrán alcanzado a partir de allí su *máximo de desembolso directo* individual por el resto de ese año de beneficios.

* Nota: A menos que su Esquema de Beneficios indique lo contrario.

Tenga en cuenta que:

- Los deducibles, copagos y coseguro que usted pagó antes del comienzo de un año de beneficios no se cuentan como parte de su *máximo de desembolso directo* por su actual año de beneficios. Al comienzo de cada nuevo año de beneficios, su acumulación comenzará en cero y empezará a acumular nuevamente para alcanzar su *máximo de desembolso directo anual* para el nuevo año de beneficios.

Máximo de desembolso directo de medicamentos con receta ("máximo de desembolso directo Rx"):

Su paquete de beneficios **puede** tener un *desembolso máximo* para medicamentos de venta con receta. Si es así, este es el importe máximo de *costo compartido* que usted debe pagar en un año de beneficios por los medicamentos con receta cubiertos.

El *máximo de desembolso directo Rx* consiste en deducibles* Rx, copagos Rx y coseguros Rx.

Sin embargo, no incluye:

- costos de miembros que superan el *monto autorizado* para los medicamentos con receta cubiertos pagados por el *plan* a proveedores de farmacia que no son de la red; y
- costos de medicamentos con receta médica no cubiertos.

Una vez que usted alcanza su *máximo de desembolso directo Rx*, ya no paga ningún deducible Rx, copagos Rx o coseguro Rx por el resto del año de beneficios*.

* Nota: A menos que su Esquema de Beneficios indique lo contrario.

Su paquete de beneficios puede contener solo un *máximo de desembolso directo* para medicamentos individuales o un *máximo de desembolso directo* para medicamentos individuales y familiares:

- *Máximo de desembolso directo* individual Rx: el importe máximo de *costo compartido* que una persona está obligada a pagar en un año de beneficios para medicamentos cubiertos con receta médica.

- *Máximo familiar de desembolso directo* por medicamentos con receta médica:
 - Todos los montos que cualquiera de los *miembros* de una familia paga como parte de su *máximo de desembolso directo Rx* individual se aplican al *máximo de desembolso directo Rx* familiar. Sin embargo, lo máximo que una persona puede contribuir con el máximo de *desembolso directo* familiar por medicamentos con receta médica por *año de beneficios* es igual al monto del *máximo de desembolso directo individual* por medicamentos con receta médica.
 - Una vez alcanzado el *máximo de desembolso directo Rx* por familia durante el *año de beneficios*, todos los *miembros* de la familia habrán alcanzado a partir de allí su *máximo de desembolso directo Rx* individual por el resto de ese *año de beneficios*.

Año de beneficios

El *año de beneficios* es el período de 12 meses consecutivos durante el cual los beneficios se compran y se administran; se calculan los deducibles, el coseguro y los desembolsos directos máximos y se aplican la mayoría de los límites de beneficios.

Nota: En algunos casos, descritos a continuación, su primer *año de beneficios* no será de 12 meses.

Para *suscriptores* inscritos a través de un *contrato de grupo*: Su *año de beneficios* se inicia en la *fecha de entrada en vigor del grupo* (siempre el primero de un mes calendario) y continúa durante 12 meses a partir de esa fecha. (Por ejemplo, si la *fecha de entrada en vigor del grupo* es el 1 de abril, su *año de beneficios* corre desde el 1 de abril al 31 de marzo). Luego, el *año de beneficios* se renueva de allí en adelante por períodos de 12 meses. (Si usted fuese un empleado nuevo que se suscribió después de la *fecha de entrada en vigor del grupo*, su *año de beneficios* es igual que el *año de beneficios* para todos los *suscriptores de su grupo*. Eso significa que su primer *año de beneficios* no será de 12 meses completos).

Para dependientes nuevos que se añaden durante un *año de beneficios* (por ejemplo, un nuevo bebé o nuevo esposo): el año de beneficios del nuevo dependiente comienza en su *fecha de entrada en vigor de la cobertura* y es válido por el mismo período de tiempo que el año de beneficios del *suscriptor*.

Límites de beneficios

Para ciertos *servicios cubiertos*, se pueden aplicar máximos de beneficio por día, visita o en dólares. Su Esquema de Beneficios describe los *límites de beneficios*. Una vez que el monto de los beneficios que usted ha recibido llega al *límite de beneficios* para el *servicio cubierto* específico, no se proporcionan más beneficios por ese servicio durante el resto del *año de beneficios* (u otro período de tiempo designado). Si usted recibe servicios adicionales más allá del *límite de beneficios*, debe pagar el monto total por esos servicios.

Para obtener más información

Para obtener información sobre el *monto estimado o máximo autorizado* para un servicio cubierto (*médicamente necesario*), *propuesto* (por ejemplo, una hospitalización propuesta) y el monto estimado de su *costo compartido* para ese *servicio cubierto* propuesto, puede llamar sin costo a Servicios para Miembros al 1-855-833-8120. Usted también puede presentar una solicitud para obtener esta información en nuestro sitio web: wellsense.org.

De acuerdo con la información de la que dispongamos en el momento de su solicitud, le informaremos los montos autorizados y su *costo compartido estimado*. Cualquier estimado que le proporcionemos no garantiza la cobertura. La cobertura se basa en cumplir con todas las reglas que aplican en esta EOC (Evidencia de Cobertura). (Por ejemplo, usted debe ser un *miembro del plan* en la fecha en que se le da el servicio). No hay cobertura para los *servicios no cubiertos*.

Nota: El *costo compartido adicional*, según se establece en su Esquema de Beneficios, se puede aplicar a servicios cubiertos imprevistos proporcionados a usted durante la prestación del *servicio cubierto* propuesto.

CAPÍTULO 2. CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Paquetes de beneficios: *WellSense Health Plan Employer Choice Direct* (el “plan”) tiene diferentes paquetes de beneficios. **Los** paquetes de beneficios se diferencian en la *prima* y en el *costo compartido*. Ellos también difieren en la *red de proveedores* disponible para usted. **Los servicios cubiertos específicos, la red de proveedores, deducibles, copagos, coseguro y los máximos de desembolso directo para cada paquete de beneficios se describen en su Esquema de beneficios.**

Elegir un Proveedor de atención primaria (PCP): cuando usted se inscriba en el *plan*, debe elegir un *proveedor de atención primaria*, también conocido por las siglas *PCP*. Usted puede elegir cualquier *PCP* que esté en su *red de proveedores* y que esté disponible para aceptarle. Un *PCP* puede ser un médico de medicina interna, medicina familiar, general o pediátrica; o puede ser un asistente médico o enfermera especializada. Cada *miembro* de una familia puede elegir un *PCP diferente*. Los pediatras de la red pueden elegirse como *PCP* para un niño(a). (Este es un *PCP* que se especializa en el tratamiento de los niños). Las mujeres *miembros* también pueden seleccionar a un *gineco-obstetra (OB/GYN)* de la red como su *PCP*. Los *PCP* proporcionan atención médica preventiva y de rutina. También puede hacer los arreglos y coordinar su atención médica con otros *proveedores de la red*. Los *PCP* o sus *proveedores suplentes* están disponibles las 24 horas del día. Para seleccionar un *PCP* escriba el nombre del *PCP* en su solicitud de inscripción o llame a Servicios para Miembros. Usted debe obtener toda la atención primaria de su *PCP* designado.

Los *PCP* aparecen en el *Directorio de proveedores* del plan. Para realizar búsquedas de todos los *proveedores* en su *red de proveedores* ingrese a nuestro sitio web en wellsense.org. (Simplemente haga clic en el vínculo “Encontrar un proveedor”). Asegúrese de buscar un *PCP* en la *red de proveedores* que aparece en su Esquema de Beneficios. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-833-8120 y le *proporcionaremos una lista de proveedores en su área*. Puede encontrar la versión más actualizada del *Directorio de proveedores* en nuestro sitio web: wellsense.org. Para obtener ayuda para seleccionar un *PCP*, llame a Servicios para Miembros.

Visitar a su PCP: después de inscribirse, si no se ha reunido con su *PCP*, le recomendamos que llame a su *PCP*. Preséntese como *miembro nuevo del plan* y programe una cita. Además, debe pedirle a su médico anterior que envíe su expediente médico a su *PCP* nuevo. (Nota: Su médico anterior podría cobrarle por las copias).

Cómo cambiar de PCP: Usted puede cambiar su *PCP* en cualquier momento, pero no más de tres veces durante en un *año de beneficios* (si es un cambio voluntario). Para cambiar de *PCP*, seleccione uno nuevo en el *Directorio de proveedores*. Luego, llame a Servicios para Miembros. Indíquelo a Servicios para Miembros que usted desea cambiar de *PCP* y obtener autorización para el cambio. (Si no obtiene nuestra autorización, la atención médica que reciba por parte del nuevo *PCP* puede no estar cubierta). Los cambios de *PCP* entran en vigor el día hábil siguiente. (En determinadas circunstancias, el cambio puede entrar en vigor el mismo día o en una fecha posterior).

En algunos casos, el *plan* le *pedirá* que cambie de *PCP*. Si esto sucede, debe llamar a Servicios para Miembros para escoger a un *PCP* nuevo. Esto puede suceder si su *PCP* ya no es un *proveedor de la red* en su *red de proveedores*. En este caso, el *plan* le informará por escrito. Haremos nuestro mejor esfuerzo por enviarle este aviso como mínimo 30 días antes de que su *PCP* deje de pertenecer a la *red de proveedores*. En algunos casos, usted puede recibir cobertura continua de servicios de su *PCP* anterior durante por lo menos 30 días después de que su *PCP* se retire de la *red de proveedores*. (Para obtener más información, consulte “Continuidad de atención para miembros existentes” más adelante en este capítulo).

Su PCP le proporciona y hace arreglos para su atención médica:

- Siempre que necesite atención médica, primero debe llamar a su *PCP*, excepto en un *caso de emergencia*.
- Su *PCP* le proporcionará atención preventiva y atención primaria cuando esté enfermo o se lesione.
- Su *PCP* puede hacer los arreglos para que usted acuda a otros *proveedores de la red* (por ejemplo, *especialistas* de la red) para otro tipo de atención. Su *PCP* conoce a otros *proveedores de la red* y es la persona ideal para ayudarle a elegir a otros *proveedores de la red* que pueden proporcionarle servicios especializados. Llame a su *PCP* para recibir asesoramiento.

- Incluso si va por su cuenta (autorreferido) a un especialista de la *red* para recibir atención especializada, le recomendamos que mantenga a su *PCP* informado acerca de la atención autorreferida. Esto permite que su *PCP* tenga un conocimiento total de sus servicios y necesidades médicas. Esto contribuye a mantener la calidad de su atención médica.

Cuando necesite atención especializada: Si cree que necesita atención especializada, le recomendamos que llame primero a su *PCP*. Su *PCP* puede decirle si necesita atención especializada y remitirle a un *especialista de la red* adecuado. O puede referirse usted mismo si va por su cuenta a un especialista de la *red*. Pero consulte el párrafo siguiente que describe los requisitos de autorización previa.

Atención por parte de proveedores que no pertenecen a la red: El *plan* no cubre la atención que usted reciba de *proveedores* que no pertenecen a la red, excepto:

- en caso de *emergencia* (consulte “Servicios de emergencia” más adelante);
- para recibir *atención de urgencia* cuando está fuera del *área de servicio* (consulte “Cobertura para atención de urgencia cuando está fuera del área de servicio” más adelante);
- en caso de que reciba servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red (como un anesthesiólogo o radiólogo) en un hospital de la red o en otro centro de la red, en determinadas circunstancias, el plan pagará por estos servicios cubiertos como si hubieran sido proporcionados por un proveedor de la red de acuerdo con las leyes federales y estatales. Si tiene alguna pregunta después de recibir una factura del proveedor en esta situación, comuníquese con Servicios para Miembros.
- algunas situaciones específicas que involucran la continuidad de la atención (consulte más adelante “Continuidad de la atención”); y
- en casos excepcionales cuando ningún *proveedor de la red* tenga la experiencia profesional necesaria para brindarle el servicio requerido. En tal caso, su *PCP* o el *plan* puede hacer los arreglos para que acuda a un *proveedor que no sea de la red*. Su *PCP* debe obtener primero una autorización previa de un *revisor autorizado del plan*. (Si a usted se lo autoriza a consultar a un *proveedor que no pertenece a la red*, su costo compartido aplicable no cambia).

Ayuda del plan para encontrar proveedores de la red: usted puede solicitar asistencia al *plan* si usted o su *PCP* tiene dificultades para encontrar *proveedores de la red* que le puedan proporcionar los servicios *médicamente necesarios*. Si lo solicita, identificaremos y confirmaremos directamente la disponibilidad de estos servicios. Si los servicios *médicamente necesarios* no están disponibles entre los *proveedores de la red*, haremos los arreglos para que *proveedores que no pertenecen a la red* le puedan proporcionar estos servicios.

Si no puede comunicarse con su PCP: Su *PCP* o *proveedor suplente* están disponibles para proporcionarle y coordinar su atención médica las 24 horas del día. Si su *PCP* no puede atender su llamada inmediatamente, deje siempre un mensaje con el personal del consultorio o el servicio de mensajería. Excepto en un caso de *emergencia*, espere un periodo razonable de tiempo para que alguien le devuelva la llamada. Si no puede comunicarse con su *PCP* o con el *proveedor suplente*, llame a Servicios para Miembros en el horario de atención. No tiene que llamar a su *PCP* antes de solicitar atención de *emergencia*. Consulte “Servicios de emergencia” más adelante en este capítulo.

Cómo cancelar citas con proveedores: algunas veces puede tener que cancelar una cita con su *PCP* o con algún *proveedor*. Siempre hágalo con el máximo de anticipación posible. Los *proveedores* podrían cobrarle por faltar a las citas. El *plan* no paga por cargos por faltar a las citas.

No hay limitaciones por período de espera o por condiciones preexistentes: no hay limitaciones por períodos de espera o por condiciones preexistentes en el *plan*. Todos los *servicios cubiertos* están disponibles para usted desde su *fecha de entrada en vigor de la cobertura*, a menos que usted sea un *paciente hospitalizado* en su *fecha de entrada en vigor de la cobertura* y no haya notificado al *plan* que está *hospitalizado*.

La red de proveedores:

El *área de servicio* es un área geográfica donde se localizan los *proveedores de la red*. Visite el sitio web del *plan* en wellsense.org para obtener una descripción de las ciudades del *área de servicio del plan*.

Su red de proveedores: como *miembro*, usted debe obtener toda su atención médica de *proveedores* inscritos en **la red de proveedores mencionada en el Esquema de Beneficios**. (Existen excepciones: consulte "Atención por parte de proveedores que no pertenecen a la red", arriba). WellSense mantiene varias *redes de proveedores*. Por lo tanto, al usar la herramienta de búsqueda de *proveedores* en nuestro sitio web (consulte el siguiente párrafo) o al solicitar una copia impresa del *Directorio de proveedores del plan*, asegúrese de verificar la *red de proveedores* correcta para el paquete de beneficios en el que usted está inscrito.

Directorio de proveedores: el *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra *red*. Estos incluyen *PCP*, médicos especialistas, otros profesionales de atención médica y hospitales. El *Directorio de proveedores* está disponible en nuestro sitio web, en wellsense.org. Hay una copia impresa gratuita del *Directorio de proveedores* disponible si llama a Servicios para Miembros al 1-855-833-8120. Debido a que se actualiza con frecuencia, el directorio en línea está más actualizado que un directorio impreso. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información acerca de *proveedores de la red*.

Información acerca del perfil del médico: Hay información disponible acerca de los médicos autorizados (como calificaciones médicas, historial de negligencia médica, escuela de medicina e información de residencia). Comuníquese con la Junta de Registro en Medicina del Estado de Massachusetts en www.massmedboard.org.

Cambios a la red de proveedores: Algunas veces, los *proveedores* de su *red de proveedores* pueden cambiar durante el año. Los cambios pueden darse por varias razones: un *proveedor* puede mudarse fuera del *área de servicio*, puede retirarse o puede dejar de cumplir con nuestro nivel de acreditación o con otros requerimientos del contrato. Además, *WellSense* y el *proveedor* podrían no llegar a un acuerdo respecto de un contrato. Esto significa que no podemos garantizar que un *proveedor* en particular continúe como *proveedor de la red* durante todo el tiempo que usted sea *miembro*. Si su *PCP* se retira de la *red*, haremos todos los esfuerzos para avisarle por lo menos con 30 días de anticipación. Servicios para Miembros puede ayudarle a seleccionar un nuevo *PCP*.

Compensación financiera a los proveedores de la red: *WellSense* celebra contratos con *proveedores de la red* que pueden contener una variedad de métodos de compensación laboral mutuamente acordados. El *Directorio de proveedores* indica el método de pago para *proveedores de la red*. Nuestro objetivo al compensar a los *proveedores de la red* de servicios es estimular y recompensar a los *proveedores de la red* para que proporcionen atención preventiva de acuerdo con lineamientos de aceptación general, gestión de calidad de la enfermedad y un acceso apropiado a la atención médica. Sin importar cómo les pagamos a los *proveedores de la red*, esperamos que utilicen un sano juicio médico cuando proporcionen y coordinen la atención médica, proporcionen atención médica que sea *médicamente necesaria*, y eviten una atención médica innecesaria que podría ser perjudicial y costosa.

Enfermeras especializadas y enfermeras anestesistas diplomadas certificadas: El *plan* proporciona cobertura de manera no discriminatoria para los *servicios cubiertos* proporcionados por una *red*: una enfermera especializada o una enfermera anestesista diplomada certificada. Esto significa que el *plan* le proporciona la misma cobertura, tanto si los servicios cubiertos se recibieron de una enfermera especializada de la *red*, como de cualquier otro *proveedor de la red*. Los *servicios cubiertos* proporcionados por estos *proveedores* deben estar comprendidos dentro del ámbito legal de su licencia y/o autorización para la práctica.

Servicios de emergencia:

Qué se debe hacer en una emergencia: usted siempre tiene cobertura para recibir atención médica en caso de *emergencia*. Usted no necesita autorización previa o derivación de su *PCP*. (Esto incluye servicios de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias de *emergencia*). En un caso de *emergencia*, ya sea que usted esté dentro o fuera del *área de servicio*: diríjase a la sala de emergencia más cercana, o llame al 911 o a otro número local de emergencia. El *plan* no le desalentará en el uso del sistema de servicios médicos de emergencia prehospitalarios, el 911 u otro número de emergencia local. A ningún *miembro* se le negará la cobertura para gastos médicos y de transporte incurridos como resultado de una *emergencia*.

Costo compartido:

- El *costo compartido* corresponde para atención de *emergencia* que usted obtenga en una sala de

emergencia o para servicios de observación en un hospital sin el uso de la sala de emergencia. Consulte el Esquema de Beneficios para conocer el *costo compartido* correspondiente.

- *El costo compartido* se aplica incluso si usted va a una sala de emergencia para una *atención que no es de emergencia*.
- *Los copagos* para servicios de *emergencia* no se aplican si usted es admitido como *paciente hospitalizado* inmediatamente después de recibir servicios de *emergencia* en una sala de emergencias. Sin embargo, cualquier *costo compartido* correspondiente a la *atención de pacientes hospitalizados* se aplicará a su *estadía como paciente hospitalizado*.
- Si usted obtiene *servicios cubiertos de emergencia* de una sala de emergencias de un hospital que *no pertenece a la red*, el plan pagará hasta el monto autorizado. Usted paga el *costo compartido correspondiente*.

Definición de emergencia: una *emergencia* se refiere a una afección médica, ya sea física, conductual, trastorno de salud mental o relacionado con el consumo de sustancias, que se manifiesta a través de síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso que, en la ausencia de una atención médica inmediata, una persona prudente y no profesional y que posee un conocimiento promedio de salud y medicina podría determinar razonablemente que pondría la salud de un *miembro* o de otra persona, o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer y de su hijo no nacido en serio peligro, deterioro grave de las funciones corporales o en la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o, con respecto a una mujer embarazada, tal y como se define en la Sección 1867(e)(1)(B) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. Sección 1395dd(e)(1)(B). **Ejemplos de emergencias:** ataque al corazón o sospecha de ataque al corazón; infarto cerebral; conmoción; pérdida severa de sangre; asfixia; trauma severo de la cabeza; pérdida del conocimiento; ataques de epilepsia; y convulsiones.

Aviso para luego de recibir atención de emergencia:

- Si usted recibe *atención de emergencia* en un centro de emergencias (dentro o fuera del *área de servicio*), pero no es admitido en el hospital, usted o alguna persona que actúe en su nombre debe llamar a su *PCP* después de recibir la atención. Esto ayuda a su *PCP* a proporcionarle o realizar arreglos para que usted reciba cualquier tratamiento de seguimiento.
- Si usted recibe *atención de emergencia* en un centro de emergencias (dentro o fuera del *área de servicio*) **Y** es admitido como *paciente hospitalizado* en un centro que *no pertenezca a la red*, usted o alguna persona que actúe en su nombre **DEBE** llamar al *plan* en un plazo de dos días hábiles posteriores a su admisión. Esto es esencial para que el *plan* pueda: manejar y coordinar su atención médica, y coordinar cualquier transferencia médicamente apropiada. (Nota: Un aviso de parte del *proveedor de servicios de emergencia a su PCP, al plan* o, en el caso de *servicios de emergencia* de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias, a Carelon, cumple con este requisito de notificación).

Transferencia: Si usted recibe atención de *emergencia* de un *proveedor que no sea de la red* (dentro o fuera del *área de servicio*): los servicios continuos con ese *proveedor* después de que la condición de *emergencia* haya sido tratada y se haya estabilizado podrían no estar cubiertos si el *plan* determina, en conjunto con sus *proveedores*, que es seguro, apropiado y de bajo costo que usted sea trasladado a un centro de la *red* y usted decide no acudir al centro de la *red*.

Cobertura de atención cuando está fuera del área de servicio: si usted está fuera del *área de servicio* y se lesiona o enferma, el *plan* pagará por los *servicios cubiertos médicamente necesarios* por la *atención de urgencia* que usted reciba de *proveedores que no pertenecen a la red*. (Consulte la sección "Servicios de emergencia" anterior para informarse sobre la cobertura de atención de *emergencia* cuando está fuera del *área de servicio*). Le recomendamos que llame a su *PCP* para que le oriente, cuando sea apropiado, antes de buscar *atención de urgencia*. Pero no es necesario que lo haga. Debe buscar *atención de urgencia* con el *proveedor* de atención médica apropiado más cercano. Se aplican montos correspondientes de *costo compartido del miembro*. La *atención de urgencia* es una atención *médicamente necesaria* para evitar un deterioro grave de su salud cuando usted tiene una enfermedad o lesión inesperada. Ejemplos: atención por fractura de huesos o por fiebre alta.

El *plan* **no** cubre los siguientes tipos de atención cuando usted está fuera del *área de servicio*:

- Atención que usted pudo haber previsto antes de salir del *área de servicio*. Esto incluye atención para condiciones médicas crónicas que requieren un tratamiento médico continuo.
- Atención médica de rutina o preventiva.
- Admisiones *hospitalarias* electivas, *cirugía ambulatoria* u otros *servicios cubiertos* que pueda retrasarse con seguridad hasta que esté en el *área de servicio*.
- Atención de seguimiento que puede esperar hasta que usted regrese al *área de servicio*.
- Servicios de maternidad de rutina para atención prenatal o posparto; o parto (incluida la atención posparto y la atención al recién nacido) o problemas durante el embarazo más allá de la semana 37 de embarazo o en cualquier momento después de que *su proveedor le haya dicho que está en riesgo de un parto prematuro*.

Costo compartido:

- *El costo compartido* (tal como *deducibles* y *copagos*) se aplicará para la *atención de urgencia*. Consulte el Esquema de Beneficios para conocer el costo compartido *correspondiente*.
- Si usted recibe *atención de urgencia* de un *proveedor que no pertenece a la red*, el *plan* pagará hasta el *monto autorizado*. Usted paga el *costo compartido* correspondiente y, en algunos casos, cualquier diferencia entre el cargo del *proveedor* y nuestro pago.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados:

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados: a menos que se trate de una *emergencia*, siempre llame a su *PCP* antes de ir a un hospital. Si necesita atención hospitalaria, su *PCP* lo remitirá a un hospital de la *red*.

- En raras ocasiones, cuando los servicios de hospital que necesita no están disponibles en ningún hospital de la *red*, su *PCP* puede hacer los arreglos para que vaya a un hospital que no sea de la *red*. En ese caso, su *PCP* debe obtener autorización previa de un *revisor autorizado del plan*.

Cargos después de ser dado de alta: si decide quedarse como *paciente hospitalizado* después de que un médico ha programado su alta o determina que ya no son *médicamente necesarios* los servicios posteriores como *paciente hospitalizado*, el *plan* no pagará ningún costo en que incurra después de ese momento.

Continuidad de la atención:

Continuidad de la atención para miembros existentes:

- Cancelación de la inscripción de un *PCP*. Si usted es un *miembro* cuyo *PCP* se retira de la *red*, haremos nuestros mejores esfuerzos por enviarle un aviso por escrito al menos con 30 días de anticipación antes de que su *PCP* se retire. Dicho aviso le indicará cómo escoger un nuevo *PCP*. A menos que su *PCP* haya sido dado de baja debido a fraude o por asuntos relacionados con la calidad de la atención, seguiremos pagando los *servicios cubiertos* del *PCP* que ya no esté afiliado, según los términos de esta EOC (Evidencia de Cobertura), durante al menos 30 días después de la fecha de cancelación de la inscripción.
- Cancelación de la inscripción de un *PCP*, especialista u otro *proveedor*: si usted es un *miembro* cuyo *PCP*, especialista u otro *proveedor* se retira de la *red* (por razones que no sean fraude o calidad de la atención) y está (1) en tratamiento activo por una condición médica o enfermedad crónica o aguda, grave o compleja, con ese *proveedor*, (2) recibiendo atención institucional u hospitalaria con ese *proveedor*, o (3) tiene una cirugía no electiva programada con ese *proveedor* (incluida la atención posoperatoria de dicho *proveedor* con respecto a dicha cirugía), cubriremos un tratamiento continuo con el *PCP*, el especialista o el *proveedor* tratante a lo largo del actual período de tratamiento activo o la atención, o hasta por 90 días calendario (lo que sea más corto).
 - Embarazo. Si usted es un *miembro* femenino que está cursando un embarazo y el *proveedor de la red* que usted está viendo en relación con su embarazo ha sido desafiado del *plan* (por razones que no sean fraude o calidad de la atención): puede continuar recibiendo cobertura por los *servicios cubiertos* para su embarazo proporcionados por ese *proveedor*, según los términos de esta EOC, hasta 90 días calendario o hasta su primera visita posparto (lo que ocurra después).
- Enfermedad terminal. Si usted es un *miembro* con una enfermedad terminal (con una expectativa de vida

de 6 meses o menos) y el *proveedor de la red* que está viendo en relación con su enfermedad se ha desafiado del *plan* (por razones que no sean fraude o calidad de la atención): puede continuar recibiendo cobertura por los *servicios cubiertos* proporcionados por ese *proveedor*, según los términos de esta EOC, hasta su fallecimiento.

Elección de la continuidad de la atención: para coordinar la cobertura de la continuidad de la atención, llame a Servicios para Miembros.

Continuidad de la atención para nuevos miembros: si usted es un *miembro* nuevo, el *plan* le proporcionará cobertura por los *servicios cubiertos* proporcionados por su actual médico que no pertenece a la *red*, asistente médico que no pertenece a la *red* o por su enfermera especializada que no pertenece a la *red*, según los términos de esta EOC, de la siguiente manera:

- Hasta por 30 días desde la *fecha de entrada en vigor de la cobertura* si:
 - Ninguna otra opción de planes de salud ofrecidas por su *grupo* incluye a este médico, asistente médico o enfermera especializada;
 - El médico, el asistente médico o la enfermera especializada le está proporcionando un tratamiento continuo o es su proveedor de atención primaria.
- Hasta su primera visita posparto, si usted es una nueva *miembro* en su segundo o tercer trimestre de embarazo.
- Hasta su fallecimiento, si usted es un nuevo *miembro* con una enfermedad terminal (con una expectativa de vida de 6 meses o menos).

Condiciones para la cobertura de continuidad de la atención según se describe en esta sección: Los servicios proporcionados por un *proveedor* desafiado o por un *proveedor que no pertenece a la red* según se describe en esta sección de "Continuidad de la atención" están cubiertos únicamente cuando el *miembro* o el *proveedor* obtiene aprobación previa del *plan* por la continuación de los servicios; de lo contrario los servicios serían los *servicios cubiertos* bajo esta EOC (Evidencia de Cobertura); y el *proveedor* esté de acuerdo en:

- aceptar el pago del plan según las tarifas que pagamos a los proveedores de la red, o según lo exija la legislación estatal o federal;
- aceptar dicho pago como pago total y no cobrarle más de lo que usted habría pagado de *costo compartido* si el *proveedor* fuese un *proveedor de la red*;
- cumplir con los estándares de calidad del *plan*;
- proporcionarle al *plan* la información médica necesaria relacionada con la atención que se brindó; y
- cumplir con las políticas y los procedimientos del *plan*: estos incluyen procedimientos relacionados con obtener una autorización previa, y proporcionar *servicios cubiertos* de acuerdo con un plan de tratamiento, si lo hay, aprobado por el *plan*.

Servicios de conserjería: Es posible que haya algunos *proveedores de la red* que cobren honorarios adicionales por instalaciones o servicios especiales. Estos pueden incluir asistencia con el transporte a sus citas médicas; citas del mismo día o el siguiente día garantizadas que no sean *médicamente necesarias*; e ir con *miembros* a visitas al especialista. Estos servicios especiales **no están cubiertos** bajo el *plan*. El *plan* no cubre los honorarios por dichos servicios. Es su decisión comprar y pagar por estos servicios especiales directamente a su *proveedor*.

Tarjetas de identificación del miembro: Le daremos a cada *miembro* una tarjeta de identificación. Al recibirla, revísela cuidadosamente. Si hay algún dato incorrecto, llame a Servicios para Miembros. Su tarjeta de identificación de *miembro* es importante. Identifica su membresía al *plan*. Llévela con usted en todo momento. Siempre muestre su tarjeta de identificación a cualquier *proveedor* antes de recibir servicios. Si su tarjeta se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros para obtener una nueva. La tarjeta de identificación en sí misma no le da derecho a recibir los beneficios del *plan*. Para tener derecho a los beneficios del *plan* usted debe ser un *miembro* debidamente inscrito al momento de recibir los servicios de atención médica.

CAPÍTULO 3. SERVICIOS CUBIERTOS

Introducción: este capítulo describe:

- *servicios cubiertos*;
- lo que no está cubierto (exclusiones); y
- ciertos límites o condiciones de cobertura.

Costo compartido: consulte su Esquema de beneficios para obtener información acerca de *deducibles*; *copagos*; *coseguros*; y *máximos de desembolso directo*. Nota: Los *proveedores* podrían negarse a proporcionarle los *servicios cubiertos* si usted no paga el *costo compartido requerido*.

Autorización previa del revisor autorizado del plan: Existen ciertos *servicios cubiertos* para pacientes *hospitalizados* y *ambulatorios*, que deben ser autorizados (aprobados) con anticipación por un *revisor autorizado del plan*. Estos requisitos se conocen como "autorización previa". Su *proveedor de la red* solicitará la autorización previa del *plan* en su nombre. El *revisor autorizado del plan* revisará su solicitud dentro de los plazos legalmente establecidos y determinará si el servicio propuesto debería estar cubierto como *médicamente necesario* para usted. El *plan* luego le indicará a su *proveedor* y a usted si la cobertura para un servicio propuesto ha sido aprobada o denegada. Para verificar el estado de una solicitud o el resultado de una decisión de una *autorización previa*: llame a su *proveedor*; o llame al *plan* al 1-855-833-8120. Siempre deberá verificar con su *proveedor* antes de obtener servicios o suministros. Asegúrese de que él o ella haya obtenido cualquier autorización previa.

Si se niega la cobertura para un servicio que no es *médicamente necesario*, su *proveedor* puede analizar su caso con un *revisor autorizado del plan*. Él o ella también puede buscar la reconsideración del *plan*. Si no se revierte la negación, usted tiene derechos de *apelación*. Consulte el capítulo 6. (Su derecho a presentar una apelación no dependerá de si su *proveedor* procuró una reconsideración).

Ejemplos de *servicios cubiertos* que requieren autorización previa del *plan*:

- Imágenes de alta tecnología: CT/CTA, MRI/MRA, PET y NCI/NPI (diagnóstico nuclear cardíaco por imágenes).
- Transporte que no es de *emergencia* cubierto. (Consulte los servicios de ambulancia en el capítulo 3).
- Órtesis y equipo médico duradero.
- Prótesis.
- Fórmulas médicas.
- Alimentos bajos en proteína.
- Atención médica en el hogar.
- Centro de cuidados paliativos.
- Tratamiento para la infertilidad.
- Servicios para tratar el trastorno de identidad de género e incongruencia de género.
- Ingreso de *pacientes que no son de emergencia*.
- Orientación nutricional.
- Trasplantes de órganos.
- Terapias de rehabilitación para pacientes ambulatorios. (Por ejemplo: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla).
- Ciertos medicamentos con receta médica en una farmacia o que se le administran a usted (por inyección o infusión).

Los siguientes son solo ejemplos. Consulte con su *proveedor*, o llame al *plan* para obtener más información acerca de servicios específicos, suministros y medicamentos sujetos a una autorización previa. De vez en cuando, el *plan* puede cambiar los servicios sujetos a una autorización previa.

Requisitos básicos para la cobertura: Para que sean *servicios cubiertos*, todos los servicios y suministros **deben** cumplir con todos los siguientes requisitos:

- Que se describan en este capítulo 3 como *servicios cubiertos*.
- *Es médicamente necesario*.
- Que se reciban mientras usted sea *miembro del plan*.
- Que sean proporcionados por un *proveedor de la red* en su *red de proveedores*, excepto como se describe en el Capítulo 2. Consulte el Capítulo 2: "Atención por parte de proveedores que no pertenecen a la red".
- En algunos casos, que esté autorizado por anticipado por un *revisor autorizado del plan*. (Autorización previa).
- Que no figuren como excluidos en esta EOC.
- Que hayan sido proporcionados para tratar una lesión, enfermedad o embarazo; o para cuidados preventivos.
- Que sean congruentes con las leyes federales y estatales aplicables.

SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS:

Autorización previa de un revisor autorizado del plan: Ciertos *servicios cubiertos para pacientes hospitalizados* que se describen a continuación requieren autorización previa (aprobación) de un *revisor autorizado del plan*. Si el *proveedor* del servicio no obtiene la autorización previa, el *plan* no cubrirá el servicio. Siempre consulte con su *proveedor* para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados: El *plan* cubre atención médica aguda de *pacientes hospitalizados*. Esto se cubre en un hospital de enfermedades crónicas o generales. La cobertura es por la cantidad de días que sean *médicamente necesarios*. Esto incluye:

- Habitación semiprivada y comidas. (Habitación privada cubierta únicamente cuando sea *médicamente necesario*).
- Anestesia.
- Quimioterapia y radioterapia.
- Las visitas del médico y consultas con el especialista, mientras usted se encuentre *hospitalizado*.
- Pruebas de diagnóstico (ejemplos: laboratorio, radiografías y otras pruebas por imágenes).
- Diálisis.
- Atención médica intensiva/cardíaca.
- Servicios de laboratorio y de imágenes de diagnóstico.
- Medicamentos cuando se encuentra *hospitalizado*.
- Atención de enfermería.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.
- Terapia del habla.
- Terapia cardíaca.
- Terapia respiratoria.
- Cirugía. Esto incluye lo siguiente:

Cirugía reconstructiva y procedimientos: El *plan* cubre procedimientos y cirugía reconstructiva *médicamente necesarios*. Estos están cubiertos únicamente cuando los servicios se requieren: para aliviar el dolor o para mejorar o restablecer la función corporal dañada como resultado de:

- un defecto de nacimiento;
- lesión causada por un accidente;
- enfermedad; o bien
- un procedimiento quirúrgico cubierto.

El *plan* también cubre los siguientes servicios posmastectomía:

- Reconstrucción del seno afectado por la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía. (Esto incluye el linfedema).

La remoción de implantes de seno tiene cobertura únicamente cuando:

- existe una complicación médica relacionada con un implante (como una ruptura del implante de seno); o bien
- existe evidencia documentada de enfermedad autoinmune.

Exclusiones relacionadas: *Procedimientos cosméticos* salvo por cobertura posmastectomía, como se describe en esta sección.

Trasplante de órganos humanos: El *plan* cubre:

- Trasplantes de médula ósea. Esto incluye a miembros con diagnóstico de cáncer de mama que se haya desarrollado hasta enfermedad con metástasis. Los miembros deben cumplir con los criterios establecidos por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts.
- Los trasplantes de órganos humanos sólidos proporcionados a los *miembros*.
- Trasplantes de células madre hematopoyéticas proporcionadas a los *miembros*.

Usted debe ser aprobado por el centro de trasplantes como candidato para el trasplante recomendado. Los servicios de trasplante también deben ser aprobados por un *revisor autorizado del plan* y proporcionados en un centro de trasplante de la *red*. (*Nota:* Los centros de trasplante de la *red* pueden incluir centros que están fuera del *área de servicio*. En tal caso, el *plan* pagará el transporte relacionado con una *necesidad médica* para el *miembro*).

El *plan* cubre los siguientes servicios cuando la persona que recibe el trasplante de órgano es un *miembro*:

- Atención de la persona que recibe el órgano.
- Los costos de búsqueda de donante a través de registros establecidos de donantes de órganos.
- Los siguientes cargos en los que el donante incurra al donar las células madre o el órgano al miembro, pero únicamente en la medida que estos gastos no sean cubiertos por el plan del donante o cualquier otro plan de salud:
 - Evaluación y preparación del donante.
 - Servicios de cirugía y recuperación directamente relacionados con la donación del órgano al *miembro*.

Exclusiones relacionadas:

- Gastos, en calidad de donantes, de los miembros que donan células madre u órganos sólidos a personas que no son miembros.
- Trasplantes de órganos experimentales o de investigación.

Atención por maternidad: El *plan* cubre:

- Servicios de hospital y de parto para la madre. Nota: La *estadía de la madre en el hospital* está cubierta durante al menos: 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea. Las decisiones de reducir la estadía de la madre y el recién nacido como *pacientes hospitalizados* son tomadas únicamente por el médico tratante y la madre (no por el *plan*).
- Gastos de enfermería de rutina para recién nacidos saludables.*
- Atención adecuada del recién nacido.* Esto incluye: atención pediátrica; circuncisión de rutina proporcionada por un médico; y pruebas de audición para recién nacidos realizadas por un proveedor de la *red* antes de que al recién nacido (un infante de menos de tres meses de edad) le den de alta del hospital, o según lo establecido por las regulaciones del Departamento de Salud Pública de Massachusetts.
- Una visita al hogar por un proveedor de la *red* que sea: enfermera especializada; médico; o partera certificada de la *red*. Visitas adicionales al hogar por proveedores de la *red* cuando sea una necesidad médica. Estas visitas en el hogar pueden incluir: educación para los padres; asistencia y capacitación en lactancia materna o la alimentación con biberón; y pruebas necesarias y apropiadas.

* Para los recién nacidos, el *plan* cubre los gastos de enfermería de rutina para recién nacidos y atención a recién

nacidos saludables. El recién nacido debe estar inscrito en el plan *dentro de los siguientes 30 días después de la fecha de nacimiento para que el plan cubra otros servicios médicamente necesarios prestados al recién nacido.*

Nota: Usted no deberá viajar fuera del *área de servicio*:

- después de su semana 37 de embarazo; o bien
- en cualquier momento después de que su proveedor le haya indicado que usted presenta riesgo de un parto prematuro.

No hay cobertura para el parto (incluida la atención después del parto y la atención que se da al recién nacido) o problemas durante el embarazo fuera del *área de servicio*: después de su semana 37 de embarazo; en cualquier momento después de que su proveedor le haya indicado que usted presenta riesgo de parto prematuro.

Para obtener servicios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados: **consulte “Servicios de trastorno de salud mental y por consumo de sustancias”** más adelante en este capítulo 3.

Atención prolongada: El *plan* cubre atención *médicamente necesaria* en un centro de atención prolongada **hasta cualquier límite de beneficios en su Esquema de Beneficios**. Un centro de atención prolongada es: un centro de cuidados especializados de enfermería; un hospital de rehabilitación; o un hospital para enfermedades crónicas. Usted debe necesitar la atención diaria de enfermería especializada para *pacientes hospitalizados* o servicios de rehabilitación. La cobertura incluye:

- habitación semiprivada y comidas;
- servicios del centro de atención; y
- el uso de equipo médico duradero mientras se encuentre en el centro.

Nota: Es posible que usted ya no necesite servicios hospitalarios de cuidado intensivo, pero no pueda ser transferido a un centro de atención médica prolongada debido a que no hay cama disponible. En tal caso, el *plan* puede hacer arreglos para que el hospital donde se encuentra le proporcione servicios de atención prolongada hasta que dicha cama esté disponible. Estos días adicionales en el hospital de cuidados agudos le contarán para los *límites de beneficios* de atención prolongada correspondientes.

Exclusiones relacionadas con toda la atención de pacientes hospitalizados: El *plan* no cubre lo siguiente en relación con la admisión de un *paciente hospitalizado*:

- Artículos personales. Los ejemplos incluyen: teléfono; y gastos de televisión.
- Servicios de atención privada de enfermería.
- Todos los gastos que excedan la tarifa de habitación semiprivada, salvo cuando una habitación privada sea *médicamente necesaria*.
- Atención *asistencial* o *de descanso*.
- Gastos posteriores al alta del hospital
- Gastos posteriores a la fecha en que usted ya no es un *miembro del plan*.

SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS:

Autorización previa del revisor autorizado del plan: Ciertos *servicios cubiertos para pacientes ambulatorios* requieren autorización previa (aprobación) de un *revisor autorizado del plan*. Si el *proveedor* del servicio no obtiene la autorización previa, el *plan* no cubrirá el servicio. Siempre consulte con su *proveedor* para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria.

Aborto: Consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios”.

Servicios de atención para la alergia: El *plan* cubre:

- Pruebas para alergias.
- Tratamiento de alergias.
- Inyecciones contra alergias.
- Pruebas de sensibilidad. Limitados a uno por *año de beneficios*.
- Exámenes de sangre y de función pulmonar. Limitados a tres por *año de beneficios*.

Servicios de ambulancia: El *plan* cubre:

- El transporte terrestre de ambulancia al centro médico más cercano para asistencia médica de *emergencia*. (El transporte por ambulancia aérea está cubierto únicamente cuando no se puede utilizar un servicio de ambulancia terrestre para acceder al *miembro*; o cuando estas formas de transporte son *médicamente necesarias* para su afección médica de *emergencia*).
- Ambulancia terrestre o silla de automóvil que no sea de *emergencia* para llevar al *miembro* desde un centro para *pacientes hospitalizados* a otro centro para *pacientes hospitalizados* por los *servicios cubiertos*.
- Cuando sea *médicamente necesario*, ambulancia terrestre que no sea de *emergencia* o silla de automóvil para llevar al *miembro* desde un centro como *paciente hospitalizado* hasta un *servicio cubierto*.
- Cuando sea *médicamente necesario*, transporte en ambulancia aérea u otro transporte aéreo que no sea *emergencia*.

Exclusiones relacionadas:

- Transporte hacia o desde las citas médicas (excepto cuando esté cubierto según se describió anteriormente).
- Transporte por taxi o transporte público.

Servicios para el trastorno del espectro autista: consulte “Servicios de trastorno de salud mental y por consumo de sustancias” más adelante en este Capítulo.

Rehabilitación cardíaca: El *plan* cubre la rehabilitación cardíaca de *pacientes ambulatorios*. Los miembros deben cumplir con los criterios establecidos por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Su primera visita debe ser dentro de las 26 semanas de la fecha en que usted fue diagnosticado por primera vez con una enfermedad cardiovascular o después de un evento cardíaco. El *plan* cubre:

- Fase de convalecencia del programa de rehabilitación del paciente ambulatorio, luego de que se lo dio de alta en el hospital.
- Fase del programa de pacientes ambulatorios que aborda: la reducción de riesgos múltiples, la adaptación a la enfermedad, y el ejercicio terapéutico.

Exclusiones relacionadas:

- La fase del programa que mantiene la salud cardiovascular rehabilitada.
- Cuotas del club de acondicionamiento físico o de salud.
- Equipo para ejercicios.

Quimioterapia y radioterapia: El *plan* cubre la quimioterapia y la radioterapia *ambulatoria*.

Atención quiropráctica: El *plan* cubre los siguientes servicios para pacientes ambulatorios cuando son suministrados por un quiropráctico autorizado para suministrar el servicio cubierto específico:

- Manipulación de la columna.
- Radiografías de diagnóstico que no sean imágenes por resonancia magnética (IRM). Tomografía computarizada axial (exploraciones de TC) y otras pruebas con imágenes.
- Servicios de tratamiento médico de apoyo para pacientes ambulatorios.

Labio leporino y paladar hendido: El *plan* cubre los siguientes tratamientos médicos, dentales, cirugía oral y el tratamiento de ortodoncia de carácter ambulatorio para los *miembros* que sean niños menores de 18 años de edad, únicamente cuando sea una *necesidad médica* y consiguiente al tratamiento de labio leporino, paladar hendido o ambos:

- Servicios médicos para pacientes ambulatorios que incluyen, entre otros:
 - Servicios de audiología.
 - Servicios de nutrición.
 - Terapia del habla.
 - Cirugía oral y facial y tratamiento quirúrgico y atención de seguimiento relacionados.
- Servicios dentales y de ortodoncia para pacientes ambulatorios que incluyen, entre otros:
 - Servicios preventivos y de restauración para garantizar la buena salud y estructuras dentales adecuadas para el tratamiento de ortodoncia o terapia de manejo de prótesis.
 - Tratamiento y manejo de ortodoncia.

Autorización previa: Algunos servicios para el tratamiento del labio leporino y paladar hendido requieren autorización previa. Siempre consulte con su *proveedor* para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria del *plan*.

Exclusiones relacionadas:

- Procedimientos cosméticos, excepto cuando sea necesario para mejorar o restablecer la función fisiológica dañada como resultado de labio leporino, paladar hendido o ambos.
- Tratamiento de ortodoncia o dental no relacionado con el manejo de las afecciones congénitas de labio leporino y paladar hendido.

Ensayos clínicos por cáncer: el *plan* cubre los servicios para *miembros* inscritos en un estudio clínico calificado o aprobado para el tratamiento de cualquier forma de cáncer u otra enfermedad o afección que amenace la vida. La cobertura se proporcionará según los términos y condiciones en la ley de Massachusetts (capítulo 175, M.G.L. sección 110 L) o la Ley de Cuidado de Salud Asequible (42 USC, sección 300gg-8). Los siguientes servicios están cubiertos:

- Los servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su afección; que están de acuerdo con el protocolo de estudio de la prueba clínica; y para los que la cobertura, de otra manera, está disponible en el plan.
- Los costos razonables de un medicamento o dispositivo de investigación que ha sido aprobado para su uso en el estudio clínico; sin embargo, la cobertura es solo en la medida en que el medicamento o dispositivo no es pagado por su distribuidor, fabricante o el proveedor.

Servicios dentales: El *plan* cubre únicamente los siguientes servicios dentales:

Servicios dentales de emergencia: El plan cubre los siguientes servicios dentales de emergencia únicamente cuando: hay una lesión traumática en los dientes sanos, naturales y permanentes causada por una fuente externa a la boca; y los servicios dentales de emergencia son proporcionados por un médico en una sala de emergencias de un hospital o sala de operaciones dentro de las siguientes 48 horas después de la lesión:

- radiografías; y
- cirugía oral de emergencia relacionada con la reparación de tejidos dañados y/o la reposición de dientes desplazados o fracturados.

Cirugía para pacientes hospitalizados o ambulatorios por servicios dentales no cubiertos: El plan cubre los gastos del centro médico (y gastos médicos relacionados, como radiología, laboratorio y anestesia) solo cuando son médicamente necesarios, debido a que usted tiene una afección médica no dental grave, para que sea admitido:

- en un hospital de la red;
- en una unidad de cirugía de atención por día de un hospital de la red; o bien
- en un centro de cirugía ambulatoria de la red como paciente ambulatorio para que usted reciba servicios

dentales no cubiertos. El plan no cubre los servicios dentales.

Los ejemplos de afecciones médicas no dentales graves incluyen: hemofilia y enfermedad cardíaca.

Labio leporino y paladar hendido: El *plan* cubre servicios de ortodoncia y dentales (incluida la odontología preventiva y de restauración) *médicamente necesarios* para tratamiento de labio leporino y paladar hendido. Consulte “Labio leporino y paladar hendido” anteriormente en este Capítulo para obtener más detalles.

Odontología pediátrica: este plan INCLUYE cobertura de servicios dentales pediátrica de acuerdo con la Ley federal de Cuidado de Salud Asequible y Protección al Paciente para miembros menores de 18 años. Un miembro es elegible para este beneficio hasta el fin del mes calendario en el que cumple 19 años. La cobertura se proporciona para los servicios odontológicos pediátricos que se describen a continuación. Los costos compartidos se aplican a servicios Tipo II, Tipo III y Tipo IV. El deducible se aplica solo a los servicios Tipo II y Tipo III. Los servicios Tipo I están cubiertos en su totalidad. Hay cobertura parcial para tratamiento de ortodoncia como se indica en el Tipo IV a continuación. La cobertura descrita incluye lo siguiente:

Servicios Tipo I: prevención y diagnóstico	Servicios Tipo II: servicios básicos cubiertos	Servicios Tipo III: servicios restaurativos importantes	Servicios Tipo IV: Ortodoncia
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación integral • Exámenes orales periódicos • Evaluación oral limitada • Evaluación oral para menores de 3 años de edad • Radiografía de boca completa • Radiografía panorámica • Radiografías de mordida • Radiografía de un solo diente • Limpieza de dientes • Tratamientos con flúor • Retenedores de espacio • Sellantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Restauración de amalgamas • Restauraciones de resina • Recementación de coronas y recubrimientos • Rebase de dentaduras postizas • Endodoncia en dientes permanentes • Coronas de acero inoxidable prefabricadas • Raspado y alisado radicular • Extracciones simples • Extracciones quirúrgicas • Pulpotomía vital • Apicectomía • Cuidados paliativos • Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> • Corona, resina • Coronas de porcelana/cerámica • Coronas de porcelana fundida sobre metal/noble/muy resistente • Dentaduras postizas parciales o totales 	<p>(Solo cubierto cuando es médicamente necesario; el paciente debe tener una maloclusión discapacitante según lo definido por el puntaje del Índice HLD de 28 y/o uno o más calificadores automáticos; requiere autorización previa)</p>

Tratamiento para la diabetes: El *plan* cubre lo siguiente para *miembros* con diabetes si estos son *médicamente necesarios* para diagnosticar o tratar: insulino dependientes; diabetes tratada con insulina; no insulino dependientes; o diabetes gestacional.

- Servicios educativos y entrenamiento de autogestión para pacientes ambulatorios con diabetes. Esto incluye la terapia de nutrición médica. Estos deben ser proporcionados por un proveedor de la red que es un proveedor certificado en diabetes.
- Servicios de podología para tratar afecciones podiátricas para los miembros con diagnóstico de diabetes, que incluyen: pruebas de diagnóstico de laboratorio y radiografías; cirugía y atención posoperatoria necesaria; atención de rutina de los pies (tales como recorte de callos, uñas y otra atención higiénica); y otra atención de

los pies que sea médicamente necesaria.

- De acuerdo con el beneficio de laboratorio del plan, el plan cubre: pruebas de laboratorio de la diabetes, incluidas pruebas de hemoglobina glicosilada o HbA1c; y perfiles de lípidos y microalbúmina/proteína de la orina.
- De acuerdo con el beneficio del equipo médico duradero del plan, el plan cubre: bombas de insulina y suministros de la bomba de insulina; agujas y jeringas de insulina; lancetas y tiras reactivas para diabéticos; monitores de glucosa en sangre para uso en el hogar; sintetizadores de voz cuando sean médicamente necesarios para uso en el hogar para el individuo legalmente ciego.
- Lentes de aumento cuando sean médicamente necesarios para uso en el hogar para el individuo legalmente ciego.
- De acuerdo con el beneficio de prótesis del plan, el plan cubre: calzado terapéutico y moldeado, así como plantillas para la enfermedad diabética severa de los pies. Los zapatos/plantillas deben ser: recetados por un podiatra de la red u otro médico calificado; y proporcionados por un podiatra, ortopeda, protesista o pedortista de la red.
- De acuerdo con el beneficio de medicamentos con receta médica del plan, el plan cubre: medicamentos orales para la diabetes con receta que tienen influencia en los niveles de azúcar en la sangre; insulina; agujas y jeringas de insulina; lápiz de insulina lancetas; y tiras de monitoreo de glucosa en sangre, glucosa en la orina y cetonas.

Nota en relación con ciertos suministros de diabetes: cuando se obtienen de una farmacia de la *red*, ciertos suministros para la diabetes están cubiertos por su beneficio de medicamentos con receta médica; cuando se obtienen de un *proveedor* de DME de la *red*, estos materiales están cubiertos bajo su beneficio de equipo médico duradero. Algunos ejemplos son: agujas y jeringas de insulina; y lancetas y tiras reactivas para diabéticos.

Diálisis: El *plan* cubre lo siguiente:

- Diálisis renal para pacientes ambulatorios en un: hospital de la red; o centro de diálisis independiente.
- Diálisis en el hogar. Esto incluye suministros médicos no duraderos, como: solución y membrana de diálisis; cánulas y medicamentos que se necesitan durante la diálisis; y el costo de instalar, mantener o reparar el equipo de diálisis. El plan decide si se alquila o se compra el equipo.

Si está temporalmente fuera del *área de servicio*, el *plan* cubre la diálisis hasta por un mes por *año de beneficio*. Primero, usted debe hacer arreglos previos necesarios con su *proveedor* de la red, y su *proveedor de la red* debe obtener aprobación previa de un *revisor autorizado del plan*.

Cuando la ley federal permite que Medicare sea el asegurador primario, usted debe enviarnos su solicitud para Medicare. Usted también debe pagar cualquier prima de Medicare. Cuando Medicare es el asegurador primario (o sería el primario si usted se hubiese inscrito puntualmente): el *plan* cubrirá únicamente los costos que superan lo que tendría que pagar Medicare.

Exclusiones relacionadas con la diálisis en el hogar:

- Costos para obtener o suministrar electricidad, agua o sistemas de eliminación de desechos.
- Costos de una persona para que ayude con la diálisis.
- Hemodiálisis en el hogar.

Equipo médico duradero (DME) y órtesis: El *plan* cubre el DME *médicamente necesario*. El DME deberá ser recetado por un médico de la *red*. El *plan* decidirá si el DME se alquila o se compra. El DME debe comprarse o alquilarse de un *proveedor de la red*.

El DME se define como los aparatos o instrumentos de naturaleza duradera, que deben ser:

- capaces de soportar el uso repetido;
- razonables y necesarios para sostener un límite mínimo de vida cotidiana independiente;
- usados principalmente para un propósito médico;

- generalmente innecesarios en ausencia de una enfermedad o lesión;
- aptos para usarse en el hogar; y
- médicamente necesarios para usted.

La cobertura de DME está disponible únicamente para:

- El DME menos costoso que le permita dedicarse a las *actividades de la vida diaria*. Si el *plan* decide que usted eligió un DME que cuesta más que el DME menos costoso que le permita dedicarse a *actividades de la vida diaria*, el *plan* pagará únicamente por los costos que se hubieran pagado por el DME menos costoso que cumpla con sus necesidades. En este caso, usted tendrá que pagar los gastos del *proveedor* que superen el *monto autorizado por el plan*.
- Un artículo de cada clase de equipo que se adapte a sus necesidades. (No hay cobertura para ningún artículo o elemento de respaldo que sirva un propósito duplicado).
- Reparación y mantenimiento del DME cubierto.

Los siguientes son **ejemplos** de DME con cobertura y sin cobertura: (llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la cobertura de un equipo en particular de DME).

El DME con cobertura incluye lo siguiente:

- Sillas de ruedas.
- Muletas, bastones, andadores.
- Equipo para tratar enfermedades respiratorias y administrar oxígeno.
- Camas de hospital.
- Bombas de insulina y suministros de la bomba de insulina; agujas y jeringas de insulina; lancetas y tiras de prueba de insulina; monitores de glucosa en sangre para uso en el hogar; sintetizadores de voz cuando sean *médicamente necesarios* para uso en el hogar para el individuo legalmente ciego.
- Algunos tipos de aparatos ortopédicos.
- Órtesis que no sea para los zapatos o los pies.
- Bombas sacaleche y materiales relacionados (cubiertos bajo el beneficio de "Servicios de salud preventiva", a continuación)

Nota en relación con ciertos suministros para la diabetes: Cuando se obtienen de una farmacia de la red ciertos suministros para la diabetes están cubiertos por su beneficio de medicamentos con receta médica; cuando se obtienen de un *proveedor* de DME de la *red*, estos materiales están cubiertos bajo su beneficio de DME. Algunos ejemplos son: agujas y jeringas de insulina; y lancetas y tiras reactivas para diabéticos.

Exclusiones relacionadas:

- Artículos de comodidad o conveniencia.
- Almohadillas de calor, botellas de agua caliente.
- Órtesis para los zapatos y los pies; soportes de arco; plantillas para zapatos; o ajustes, yeso y otros servicios relacionados con dispositivos para los pies (excepto para miembros con enfermedad grave de pie diabético).
- Bacinicas y barandas para camas.
- Equipo para ejercicios.
- Equipo para deportes o para propósitos de empleo.
- Pelucas (o peluquines) para la pérdida de cabello debido a: calvicie masculina o femenina; o por envejecimiento natural o prematuro.

Servicios de intervención temprana: El *plan* cubre los servicios de intervención temprana proporcionados por un *proveedor de la red*. Estos servicios deben ser un programa de intervención temprana que cumpla con los estándares del Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Este beneficio es únicamente para *miembros* hasta los 2 años de edad que cumplen con los criterios establecidos. No hay ningún *costo compartido*. Los servicios de intervención temprana incluyen lo siguiente:

- Fisioterapia.
- Terapia del habla.
- Terapia ocupacional.
- Atención de enfermería.
- Orientación psicológica.

Nota: Los límites de beneficios correspondientes a terapias de rehabilitación no se aplican a servicios de intervención temprana.

Servicios de emergencia: El *plan* cubre servicios de *emergencia* en una sala de emergencia.

- Usted siempre tiene cobertura para recibir atención médica en caso de emergencia. Usted no necesita autorización previa o derivación de su PCP. En caso de emergencia, usted debe dirigirse a la sala de emergencia más cercana; o llamar al 911 o a otro número local de emergencia.
- El plan proporciona cobertura para servicios de posestabilización. Estos son servicios cubiertos que se necesitan para estabilizar su afección después de una emergencia hasta el momento que su médico tratante decida que usted tiene la estabilidad suficiente para transferirle o darle de alta.

Costo compartido:

- El costo compartido corresponde para atención de emergencia que usted obtenga en una sala de emergencia o para servicios de observación en un hospital sin el uso de la sala de emergencia. Consulte el Esquema de Beneficios para conocer el costo compartido correspondiente.
- El costo compartido se aplica incluso si usted va a una sala de emergencia para una atención que no es de emergencia.
- Los copagos por servicios de emergencia, si los hubiera, no se aplican si usted es admitido como paciente hospitalizado inmediatamente después de recibir servicios de emergencia en una sala de emergencias. Sin embargo, cualquier costo compartido correspondiente a la atención de pacientes hospitalizados se aplicará a su estadía como paciente hospitalizado.
- Si usted obtiene servicios cubiertos de emergencia de una sala de emergencias de un hospital que no pertenece a la red, el plan pagará hasta el monto autorizado. Usted paga el costo compartido correspondiente.

Definición de emergencia: consulte el apéndice A para la definición de *emergencia*.

Aviso para el PCP o el Plan: si usted recibe atención de *emergencia* en un centro de emergencias (dentro o fuera del *área de servicio*), pero no es admitido en el hospital, usted o alguna persona que actúe en su nombre debe llamar a su PCP después de recibir la atención. Esto ayuda a su PCP a proporcionarle o realizar arreglos para que usted reciba cualquier tratamiento de seguimiento.

Si usted recibe atención de *emergencia* en un centro de emergencias (dentro o fuera del *área de servicio*) **Y ADEMÁS** es admitido como *paciente hospitalizado* en un centro que no pertenece a la *red*: usted o alguna persona que actúe en su nombre **DEBE** llamar al *plan* en un plazo de 2 días hábiles posteriores a su admisión. Esto es esencial para que el *plan* pueda: manejar y coordinar su atención médica, y coordinar cualquier transferencia médicamente apropiada. (Nota: Un aviso de parte del *proveedor* de servicios de *emergencia* a su PCP, al *plan* o, en el caso de servicios de *emergencia* de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias, a *Carelon*, cumple con su requisito de notificar al plan.

Transferencia: después de la atención de *emergencia* si se le admite en un centro que no es un *proveedor de la red*, y su PCP determina que la transferencia es apropiada, se le va a transferir a un centro de la *red*. El *plan* no pagará la atención que usted reciba como *paciente hospitalizado* en el centro en el que fue admitido inicialmente después de que su PCP haya determinado que una transferencia es médicamente apropiada y se hayan hecho los arreglos para la transferencia.

Servicios de planificación familiar: El *plan* cubre los siguientes servicios de planificación familiar para *pacientes ambulatorios* cuando se reciben de una *red*: de servicios: médico (PCP, obstetra o ginecólogo), enfermera

especializada o partera certificada:

- Exámenes médicos de rutina.
- Consultas médicas.
- Pruebas de diagnóstico.
- Pruebas de embarazo.
- Orientación sobre planificación familiar.
- Pruebas genéticas y asesoría relacionada: para ciertos trastornos hereditarios genéticamente vinculados, cuando los resultados de las pruebas afectarán directamente la atención que usted reciba. El miembro debe tener un factor de riesgo directo o síntomas del trastorno.
- Anticonceptivos con receta médica y que no requieren receta cuando le sean proporcionados por un proveedor de la red durante una visita al consultorio. Algunos ejemplos son: implantes anticonceptivos; dispositivos intrauterinos; diafragmas; gorros de cuello del útero; medicamentos de control de la natalidad inyectables; y otros dispositivos anticonceptivos médicamente necesarios que han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos.

Notas: Muchos servicios de planificación familiar están cubiertos como "Servicios de salud preventiva", incluidos anticonceptivos con receta médica, como por ejemplo: parches y píldoras anticonceptivas. Consulte "Servicios de salud preventiva" a continuación.

Para cobertura de terminación del embarazo (abortos) y esterilización voluntaria masculina: consulte "Cirugía para pacientes ambulatorios" más adelante en este capítulo. Para cobertura de la esterilización voluntaria femenina: consulte "Servicios de salud preventiva" más adelante en este capítulo. Para cobertura de los servicios de infertilidad: consulte "Servicios de infertilidad" más adelante en este capítulo.

Exclusiones relacionadas:

- Reversión de la esterilización voluntaria.
- Servicios u honorarios relacionados con una madre sustituta para lograr el embarazo.
- Control de la natalidad que, por ley, no requiere una receta médica. (Excepción: cuando se la administra a usted un proveedor de la red durante una visita al consultorio).

Servicios de reasignación sexual o cambio de sexo: el plan proporciona la cobertura de servicios de atención médica para la identidad e incongruencia de género médicamente necesarios. Los servicios están sujetos a la autorización del plan.

Aparatos de corrección auditiva para niños: El *plan* proporciona cobertura para el costo de los aparatos de corrección auditiva para miembros de 21 años de edad o menos. La cobertura incluye todos los servicios relacionados recetados por un audiólogo autorizado o especialista en instrumentos para la audición, incluida la evaluación inicial para aparatos de corrección auditiva, adaptación y ajustes, y materiales que incluyen moldes para oídos. Las baterías y líquidos de limpieza para aparatos de corrección auditiva no están cubiertos.

Se aplican límites de beneficios. Consulte el Esquema de Beneficios para conocer el *límite del beneficio*. Una vez que usted llegue a su *límite de beneficio*, no se proporcionarán más beneficios para el costo de aparatos de corrección auditiva y servicios relacionados.

Exámenes de audición (audiología): el *plan* cubre exámenes y evaluaciones realizadas por un *PCP* o un especialista de audición de la *red*.

Atención médica en el hogar: el *plan* cubre los siguientes servicios de atención médica en el hogar cuando el *miembro* está confinado en su hogar por razones médicas; confinado significa que su afección médica normalmente le impide salir de la casa o que dejar su hogar requiere un esfuerzo sustancial.

- su *PCP* ordena un plan de servicios de atención médica en el hogar que incluye la atención de tiempo parcial

- de enfermeras especializadas como parte esencial de su tratamiento; y
- existe un objetivo médico establecido por su PCP, que él o ella esperan razonablemente que usted cumpla.

Cuando usted califica para recibir atención médica en el hogar, el *plan* cubrirá lo siguiente:

- Visitas de enfermeras especializadas de tiempo parcial; tantas visitas como sea médicamente necesario.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla de tiempo parcial, cuando estos servicios: sean un componente de enfermería especializada médicamente necesario; y sean necesarias para restablecer la función perdida o deficiente debido a su enfermedad o lesión.
- Trabajo social médico.
- Consulta nutricional.
- Los servicios de asistencia de salud en el hogar de tiempo parcial médicamente necesarios, mientras usted recibe terapias de enfermería especializada o de rehabilitación en su hogar.
- Visitas al hogar por parte de un médico de la red.
- Terapia de inhalación.
- Terapia de infusión en el hogar.
- Terapia nutricional parenteral total.

Además, de acuerdo con el beneficio DME del *plan* el DME está cubierto cuando se determina que es componente *médicamente necesario* de los servicios de enfermería y fisioterapia. Consulte el Esquema de Beneficios para conocer el costo compartido *del DME*.

Exclusiones relacionadas:

- Atención asistencial.
- Servicios de limpieza.
- Reparaciones del hogar.
- Comidas.
- Atención de relevo.
- Atención privada de enfermería.
- Asistentes de cuidado personal.
- Servicios domésticos.

Servicios de cuidados paliativos: el *plan* cubre los servicios de cuidados paliativos, según la ley de Massachusetts, descritos a continuación. La cobertura es para *miembros* que tienen una enfermedad terminal. (Enfermo terminal significa que una persona tiene una expectativa de vida de seis meses o menos, según lo certifique un médico de la *red* de servicios).

Los servicios de cuidados paliativos son un programa de servicios autorizado y coordinado durante la vida de un *miembro con una* enfermedad terminal. El *miembro* y su médico deben acordar un plan de atención que se centre en el control del dolor y alivio de los síntomas, y no en un tratamiento para curar la afección del *miembro*. Los servicios pueden ser proporcionados:

- en el hogar;
- como paciente ambulatorio; o bien
- como paciente hospitalizado a corto plazo. (Esto es solo cuando sea médicamente necesario para controlar el dolor, manejar problemas clínicos agudos y graves que, por razones médicas, no se pueden manejar en el hogar).

Los servicios cubiertos se proporcionan de acuerdo con la ley de Massachusetts, de la siguiente manera:

- Servicios de médicos. (Estos tienen cobertura cuando la afección o el diagnóstico no están relacionados con la afección o el diagnóstico por el que recibe servicios de cuidados paliativos).
- Atención de enfermería especializada.
- Servicios de trabajo social.

- Visitas de atención médica en el hogar médicamente necesarias.
- Atención de relevo. (Esta atención se brinda al paciente de cuidados paliativos para aliviar a la familia o persona que lo atiende en las funciones de cuidado).
- Servicios voluntarios.
- Servicios de orientación. (Incluye terapia de duelo para la familia del miembro hasta por un año después de que el miembro haya fallecido).
- Atención privada de enfermería.
- Servicios de asistencia de cuidado personal.

Además:

- El DME está cubierto por el beneficio de DME del plan.
- Los medicamentos con receta médica están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta médica del plan.

Visitas a domicilio: El *plan* cubre las visitas a domicilio cuando sean *médicamente necesarias*. Los *proveedores* incluyen asistentes médicos, *PCP* y enfermeras especializadas. Las visitas a domicilio están sujetas al *costo compartido* de la visita al consultorio correspondiente. Su *PCP* debe hacer los arreglos para las visitas a domicilio.

Inmunizaciones: El *plan* cubre:

- Vacunas de rutina preventivas. (Consulte beneficios de Servicios de salud preventiva).
- Vacunas médicamente necesarias.

Servicios de infertilidad para residentes de Massachusetts:

El *plan* cubre el diagnóstico y tratamiento de infertilidad. Los servicios deben ser proporcionados por *proveedores de la red* de acuerdo con la ley de Massachusetts.

“Infertilidad” se define como: la condición de una persona que no puede concebir o producir concepción durante un período de:

- 1 año si la mujer tiene 35 años o menos; o bien
- 6 meses si la mujer es mayor de 35 años de edad.

Para propósitos de cumplir con los criterios de infertilidad: si una persona concibe, pero no puede llevar el embarazo a un parto vivo, el período de tiempo en que la persona intentó concebir antes de lograr ese embarazo se debe incluir en el cálculo del período de 1 año o 6 meses, según corresponda.

Los servicios de infertilidad son *servicios cubiertos* únicamente para *miembros* diagnosticados con infertilidad y:

- que son residentes de MA;
- que cumplen con los criterios de revisión clínica del plan para la cobertura de los servicios de infertilidad, que se basan en el historial médico del miembro, pruebas de diagnóstico y evaluaciones médicas;
- que cumplen con los requisitos de elegibilidad de los proveedores de servicios de infertilidad de la red;
- con respecto a la obtención y procesamiento de los óvulos, el semen u óvulos inseminados o bancos de embriones o semen de donantes: en la medida en que los costos de dichos servicios no estén cubiertos por el seguro de salud del donante u otra cobertura de salud y el miembro esté en tratamiento de infertilidad activo.

El *plan* cubre los siguientes servicios de infertilidad *médicamente necesarios*:

- Los siguientes servicios y materiales proporcionados en relación con una evaluación y/o tratamiento de infertilidad:
 - procedimientos y pruebas de diagnóstico;
 - inseminación artificial (intracervical o intrauterina) cuando se hace con el semen de alguien que no es donante (pareja); y/o
 - obtención, procesamiento y almacenamiento a largo plazo (más de 90 días) del esperma cuando está

asociado con el tratamiento activo de infertilidad.

- Los siguientes procedimientos cuando son aprobados con antelación por un *revisor autorizado del plan* de acuerdo con los criterios de revisión clínica del *plan*:
 - inseminación artificial (intracervical o intrauterina) cuando se realiza con semen de donante* y/o gonadotropinas; y
 - obtención y procesamiento de óvulos u óvulos inseminados y banco de embriones cuando está asociado con el tratamiento activo de la infertilidad.

* El espermatozoides de donante solo está cubierto cuando: la pareja tiene un diagnóstico de infertilidad por factor masculino o el espermatozoides de donante se utiliza como una alternativa para el diagnóstico genético de preimplantación (PGD, por sus siglas en inglés) cuando una pareja cumple con los criterios para PGD.

- Los siguientes procedimientos de ART ('tecnología de reproducción asistida', por sus siglas en inglés)* cuando son aprobados con anticipación por un *revisor autorizado del plan* de acuerdo con los criterios de revisión clínica del *plan*:
 - En la fertilización in vitro y transferencia embrionaria (IVF-ET, por sus siglas en inglés).
 - En conjunto con IVF, PGD está cubierto cuando se sabe que cualquiera de los miembros de la pareja es portador de ciertos trastornos genéticos.
 - Transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés).
 - Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la infertilidad de factor masculino.
 - Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés).
 - Transferencia de embrión congelado (FET, por sus siglas en inglés).
 - Óvulo de donante (DO, por sus siglas en inglés).
 - Criopreservación de óvulos.
 - Incubación asistida.

* Los procedimientos ART incluyen: evaluación de diagnóstico; exámenes; estimulación de los ovarios; recuperación de óvulo; obtención y procesamiento de espermatozoides y óvulos u óvulos inseminados; transferencia de embriones; y banco de embriones adicionales cuando está asociado con el tratamiento activo de la infertilidad.

- Por su beneficio de medicamentos con receta médica: los medicamentos orales e inyectables que se utilizan en el tratamiento de los servicios cubiertos de la infertilidad están cubiertos cuando el *miembro* ha sido aprobado para el tratamiento de infertilidad cubierto y cuando se obtienen de una farmacia de la *red*. Consulte el Esquema de Beneficios para conocer el *costo compartido* correspondiente.

Exclusiones relacionadas:

- Servicios de infertilidad para cualquier miembro que no es un residente de MA.
- Cualquier procedimiento experimental para la infertilidad. Esto se define por el Reglamento de MA aplicable.
- Madre sustituta/portadora gestacional.
- Reversión de la esterilización voluntaria.

Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos diagnósticos ambulatorios: El *plan* cubre los siguientes *servicios para pacientes ambulatorios* para diagnosticar una enfermedad, lesión o embarazo. Algunas pruebas están sujetas a una autorización previa por un *revisor autorizado del plan*.

- Pruebas de laboratorio de diagnóstico.
 - Ejemplos: pruebas de hemoglobina glicosilada (HgbA1C); pruebas de proteína/microalbúmina de la orina; y perfiles lípidos para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes.
- Radiografías de diagnóstico y otras pruebas por imágenes.
 - Ejemplo: pruebas de fluoroscopia.
- Diagnóstico: exámenes CT/CTA, MRI/MRA; examen PET y NCI/NPI (diagnóstico cardíaco nuclear por imágenes). Nota: Para estas pruebas se requiere autorización previa.
- La prueba del antígeno leucocitario humano o el antígeno de punto de histocompatibilidad que se

necesita para establecer la idoneidad de un donante para un trasplante de médula ósea. Esto incluye las pruebas para antígenos A, B o DR, o cualquier combinación, de acuerdo con los lineamientos del DPH de Massachusetts.

Síndrome de lipodistrofia: El plan cubre los siguientes medicamentos o drogas de tratamiento para corregir o reparar la alteración de la composición del cuerpo causada por el síndrome de lipodistrofia asociado al VIH:

- Cirugía reconstructiva, como lipectomía por succión asistida.
- Otros procedimientos reparadores e inyecciones dérmicas o rellenos para reparar el síndrome de lipodistrofia facial.

Terapia antibiótica de largo plazo: el plan cubre terapia antibiótica de largo plazo para un paciente con enfermedad de Lyme cuando se determine que sea médicamente necesaria y sea ordenada por un médico con licencia luego de una evaluación exhaustiva.

Alimentos bajos en proteínas: el *plan* cubre los productos alimentarios modificados para ser bajos en proteínas cuando lo ordena un médico y son *médicamente necesarios* para el tratamiento de enfermedades heredadas de aminoácidos y ácidos orgánicos.

Servicios por maternidad – Pacientes ambulatorios: el *plan* cubre los siguientes servicios por maternidad para *pacientes ambulatorios*:

- Pruebas y exámenes prenatales: atención prenatal ambulatoria de rutina, incluida evaluación y examen de progreso; exámenes físicos; y registro de peso y supervisión de presión arterial.
- Exámenes y pruebas posnatales: atención de rutina ambulatoria posparto para la madre. Esto incluye consultas sobre lactancia.
- Clases para el parto.

Debe obtener la atención por maternidad para *pacientes ambulatorios* de un *proveedor de la red*. Su *proveedor de la red* debe hacer los arreglos para que reciba atención como *paciente hospitalizada*. (Consulte la sección anterior “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este capítulo).

Nota: Algunos de los servicios anteriores se consideran servicios de salud preventiva. Consulte “Servicios de salud preventiva” más adelante en este capítulo para obtener más información.

Fórmulas médicas: El *plan* cubre lo siguiente en la medida que lo requiera la ley de MA (Massachusetts):

- Fórmulas entéricas sin receta, ordenadas por un médico para uso en el hogar, para el tratamiento de: mala absorción causada por la enfermedad de Crohn; colitis ulcerosa; reflujo gastroesofágico; motilidad gastrointestinal; pseudoobstrucción intestinal crónica; y enfermedades heredadas de aminoácidos y ácidos orgánicos.
- Fórmulas con receta médica para el tratamiento de: fenilcetonuria; tirosinemia; homocistinuria; enfermedad urinaria del jarabe de arce; acidemia propiónica o acidemia metilmalónica en infantes y niños; o para proteger el feto nonato de las mujeres embarazadas con fenilcetonuria.

Suministros médicos: El *plan* cubre el costo de ciertos tipos de materiales médicos. Usted debe obtenerlos de un *proveedor de la red*. Los materiales médicos incluyen:

- suministros de ostomía;
- suministros para traqueotomía;
- suministros para catéteres;
- suministros para oxígeno; y
- suministros para bombas de insulina.

Notas: Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre si:

- un suministro médico en particular es un servicio cubierto; y
- un suministro médico en particular está cubierto por el beneficio de medicamentos con receta médica. (Consulte “Medicamentos con receta médica” más adelante en este capítulo).

Servicios de trastorno de salud mental y abuso de sustancias (paciente hospitalizado, intermedio y *ambulatorio*): **El plan tiene contrato con Carelon Behavioral Health (“Carelon”) para administrar todos los servicios de trastornos de salud mental y abuso de sustancias para los miembros.**

Cómo obtener atención: Si necesita servicios de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias, puede hacerlo de cualquiera de las siguientes maneras:

- Diríjase directamente a un proveedor de la red que brinde servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
- Llame a la línea gratuita del plan atendida por personal de Carelon para trastornos de salud mental y abuso de sustancias al 1-877-957-5600 para obtener ayuda para encontrar a un proveedor de la red las 24 horas del día.
- Llame a su PCP para que le ayude a encontrar un proveedor de la red.
- Visite el sitio web de Carelon (carelonbehavioralhealth.com); o siga el enlace en el sitio web del plan (wellsense.org) para buscar *proveedores de la red*.

En caso de *emergencia*: diríjase al proveedor de servicios de emergencia o al centro médico de emergencia más cercano; o bien llame al 911 o al número local para servicios de *emergencia*.

Autorización previa: la cobertura para algunos servicios de trastorno de salud mental y abuso de sustancias está sujeta a autorización previa de un *revisor autorizado del plan*. Siempre consulte con su *proveedor* para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria de Carelon. Cualquier decisión de que un servicio de trastorno de salud mental o por consumo de sustancias solicitado no es *médicamente necesario* la tomará un profesional autorizado de salud mental.

Beneficios: El *plan* cubre *servicios ambulatorios, de hospitalización* e intermedios de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias médicamente necesarios para diagnosticar y tratar *trastornos mentales*. Esto incluye:

- *Trastornos mentales* de base biológica, que incluyen: esquizofrenia; trastorno esquizoafectivo; trastorno depresivo grave; trastorno bipolar; paranoia; trastorno de pánico; trastorno obsesivo-compulsivo; delirio y demencia; trastornos afectivos; trastornos alimentarios; trastorno por estrés postraumático; trastorno por consumo de sustancias; autismo y otros trastornos psicóticos u otros *trastornos mentales* de base biológica.
 - Nota sobre el ASD (‘trastorno del espectro autista’, por sus siglas en inglés): el *plan* brinda cobertura para ASD de acuerdo con la ley de MA, que incluye lo siguiente:
 - El ASD incluye cualquiera de los trastornos del desarrollo generalizados (según lo definido por la edición más reciente de la *DSM*), incluido el trastorno autista; trastorno de Asperger; y trastornos del desarrollo generalizados no especificados de otra manera.
 - El diagnóstico de ASD incluye evaluaciones *médicamente necesarias*; evaluaciones (incluida la evaluación neuropsicológica); pruebas genéticas u otros exámenes para diagnosticar si un *miembro* tiene un ASD.
 - El tratamiento para el ASD incluye: atención de habilitación o rehabilitación (incluye análisis de comportamiento aplicado);* atención farmacéutica (bajo el beneficio de medicamentos con receta médica); atención psiquiátrica (servicios directos o consultivos proporcionados por un psiquiatra autorizado); atención psicológica (servicios directos o consultivos proporcionados por un psicólogo autorizado); y atención terapéutica (servicios prestados por: terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas o trabajadores sociales autorizados o certificados). Los *límites de beneficios* correspondientes al beneficio de las terapias de rehabilitación no se aplican a los servicios de atención terapéutica proporcionados a *miembros* con ASD.
 - Los servicios deben ser prestados por *proveedores* de servicios de autismo de la *red* (proveedores que tratan ASD). Estos incluyen analistas de comportamiento certificados de la junta;** psiquiatras;

psicólogos; licencia o certificación de terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales; y farmacias. Sin embargo, en caso de que el *plan* no pueda proporcionar el acceso adecuado a *proveedores de ASD* de la red, los miembros deben llamar a Carelon al 1-877-957-5600 para coordinar servicios de ASD *fuera de la red*.

* El análisis de comportamiento aplicado se define como el diseño, la ejecución y la evaluación de las modificaciones ambientales, mediante estímulos del comportamiento y las consecuencias, para producir una mejora socialmente significativa en el comportamiento humano. Esto incluye el uso de observación directa, medición y análisis funcional de la relación entre el ambiente y comportamiento.

** Se define como un analista conductual acreditado por la junta de certificación de analistas del comportamiento como un analista de comportamiento certificado de la junta.

- Trastornos emocionales o mentales relacionados con víctimas de violación o víctimas de un ataque con intento de violación.
- Para miembros que son menores de 19 años: *trastornos mentales* emocionales o de comportamiento sin base biológica que interfieren o limitan sustancialmente el funcionamiento e interacciones sociales de ese niño o adolescente; con la condición de que la interferencia o limitación esté documentada y la derivación por dicho diagnóstico y tratamiento sea realizada por el PCP, pediatra primario o un profesional de la salud mental autorizado de dicho niño o adolescente, o se evidencie por una conducta, que incluye, entre otras: (1) la incapacidad para asistir a la escuela como resultado de dicho trastorno; (2) la necesidad de hospitalizar al/a la niño(a) o adolescente como resultado de dicho trastorno; (3) un patrón de conducta o comportamiento causado por dicho trastorno que representa un serio peligro para sí mismo(a) o para los demás.
 - Coordinación de atención intensiva
 - Equipo de estabilización familiar
 - Servicios conductuales en el hogar
 - Intervención móvil ante crisis
 - Tratamiento agudo basado en la comunidad para niños y adolescentes (CBAT, por sus siglas en inglés)
 - Tratamiento intensivo basado en la comunidad para niños y adolescentes
 - Servicios de mentoría terapéutica

Nota: El *plan* continuará proporcionando dichos beneficios para cualquier adolescente que participe en un curso de tratamiento continuo más allá de su cumpleaños número 19 hasta:

- que el curso del tratamiento, según se especifica en el plan de tratamiento, se complete, y
 - mientras el contrato de beneficios bajo el cual dichos beneficios estuvieron disponibles en primera instancia se mantenga vigente, o esté sujeto a un contrato de beneficios posteriores que esté vigente.
- Todos los demás *trastornos mentales* sin base biológica.

Servicios ambulatorios de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias: *El plan cubre servicios médicamente necesarios para pacientes ambulatorios* para diagnosticar y tratar *trastornos mentales*. (Los servicios incluyen tratamiento ambulatorio de mantenimiento con metadona y desintoxicación). Los *servicios para pacientes ambulatorios* se pueden proporcionar en cualquiera de las siguientes instituciones de la *red*: hospital autorizado; una clínica de trastorno de salud mental o por consumo de sustancias autorizada por el DPH; un centro de salud mental de la comunidad público; un consultorio profesional o servicios en el hogar. Los servicios están disponibles de cualquiera de los siguientes profesionales autorizados de la *red* que actúan dentro del ámbito de su licencia:

- Asesores de salud mental con licencia.
- Trabajadores sociales clínicos independientes con licencia.
- Enfermeras psiquiátricas con licencia que están certificadas como especialistas clínicas en enfermería de salud mental y psiquiátrica.
- Terapeutas de familia y de pareja con licencia.
- Psiquiatras.
- Psicólogos.

Los *servicios para pacientes ambulatorios* con base biológica y sin base biológica se prestan sin límites anuales, de vida o visita/unidad/día.

Servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados: El *plan* cubre servicios de trastornos por consumo de sustancias y salud mental para pacientes hospitalizados que sean *médicamente necesarios* para *trastornos mentales*. Los servicios para pacientes hospitalizados con *trastornos mentales* se pueden proporcionar en una *red*: hospital general; hospital de salud mental o en un centro para abuso de sustancias. Los *servicios para pacientes hospitalizados* se proporcionan sin límites anuales, de por vida o por visita/unidad/día.

Servicios intermedios de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias: El *plan* cubre servicios intermedios *médicamente necesarios* para *trastornos mentales*. Los servicios intermedios son una variedad de servicios que no son para *pacientes hospitalizados* que proporcionan servicios más intensivos que los *servicios ambulatorios* y menos intensivos que los servicios para pacientes hospitalizados. Los servicios intermedios se proporcionan sin límites anuales, de por vida o por visita/unidad/día. Algunos ejemplos incluyen:

- Programas de tratamiento diurno.
- Programas de hospitalización parcial.
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de estabilización de crisis.
- Servicios de terapia en el hogar, como la estabilización de la familia (FST, por sus siglas en inglés).
- Tratamiento agudo en la residencia, como tratamiento de fase aguda basado en la comunidad.
- Servicios de desintoxicación gestionada de forma clínica.
- Desintoxicación de nivel III basada en la comunidad.

Tratamiento asistido con medicación (MAT, por sus siglas en inglés) y servicios asociados.

- Las visitas de tratamiento asistido con medicación incluyen, entre otros, asesoramiento y exámenes de detección de drogas.

Medicamentos antagonistas opiáceos.

- Se ofrece cobertura para medicamentos antagonistas opiáceos aprobados para uso en un ámbito a domicilio o por parte de un profesional médico.

Otros servicios relacionados: El *plan* cubre:

- Servicios de manejo de medicamentos.
- Evaluación neuropsicológica y pruebas psicológicas.

Asesoramiento para dejar el cigarrillo y el tabaco: el *plan* cubre servicios de orientación individual y de grupo para *miembros* que fuman o consumen productos derivados del tabaco. También se cubren los medicamentos con receta relacionados. Consulte el beneficio de "medicamentos con receta médica" más adelante en este Capítulo. Para obtener información acerca de este beneficio, llame a Servicios para Miembros al 1-855-833-8120.

Exclusiones relacionadas:

- Atención asistencial.
- Psicoanálisis.
- Hipnoterapia.
- Terapias de relajación y masaje.
- Pruebas de desarrollo.
- Servicios por problemas de desempeño escolar.
- Servicios educativos o de pruebas.
- Servicios de salud mental brindados a un miembro que está en la cárcel, un correccional, prisión o centro de atención asistencial.
- Servicios de salud mental proporcionados por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts.
- Tratamiento residencial de largo plazo.
- Se excluyen los siguientes servicios de ASD:

- Servicios de ASD proporcionados bajo:
 - un plan de servicio familiar individualizado (ISFP, por sus siglas en inglés);
 - un programa de educación individualizada (IEP, por sus siglas en inglés); o bien
 - un plan de servicio individualizado (ISP, por sus siglas en inglés).
- Servicios de ASD proporcionados por el personal de la escuela.

Servicios para bebés recién nacidos e hijos adoptivos: El *plan* cubre atención *médicamente necesaria* para recién nacidos e hijos adoptivos correctamente inscritos en el *plan*. Esto incluye atención y tratamiento *médicamente necesarios* de anomalías de nacimiento y defectos congénitos con diagnóstico médico, o nacimiento prematuro.

Consulte la sección anterior “Atención por maternidad” en este capítulo; y consulte el capítulo 4, “Niños recién nacidos y adoptivos: inscripción y cobertura”, para obtener más información acerca de la inscripción y cobertura de recién nacidos y niños adoptivos.

Orientación nutricional: El *plan* cubre servicios de orientación, terapéuticos y relacionados con la nutrición suministrados por un dietista registrado o profesional de la nutrición para el propósito de gestión de la enfermedad. La orientación nutricional incluye una evaluación inicial del estado nutricional, seguido de visitas adicionales planificadas para las intervenciones dietéticas para el tratamiento de una afección médica.

Órtesis: consulte “Equipo médico duradero” descrito anteriormente en este capítulo.

Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios para recibir atención médica: El *plan* cubre visitas al consultorio del *PCP* y del *especialista para pacientes ambulatorios* para evaluar y tratar una enfermedad o lesión. Los servicios incluyen:

- Vacunas médicamente necesarias (no de rutina).
- Atención de especialidad pediátrica por proveedores de la red con experiencia en pediatría especializada. (Consulte Servicios para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias para niños y adolescentes).

Nota: Algunos servicios de visita al consultorio para pacientes ambulatorios se consideran servicios de salud preventiva. Consulte “Servicios de salud preventiva” más adelante en este capítulo para obtener más información.

Cirugía para pacientes ambulatorios: El *plan* cubre *cirugía para pacientes ambulatorios*:

- que se lleva a cabo con anestesia en una sala de operaciones de un centro autorizado para realizar la cirugía; y
- donde se espera que usted sea dado de alta el mismo día.

Esta cobertura incluye:

- Terminación voluntaria del embarazo (abortos). El plan le brinda cobertura para todos los servicios de *aborto* que están legalmente autorizados bajo la ley vigente.
- Esterilizaciones masculinas voluntarias (consulte “Servicios de salud preventiva”, a continuación, para conocer detalles sobre la esterilización voluntaria femenina).
- Procedimientos de diagnóstico, como una colonoscopia o endoscopia.

PANDAS y PANS: trastorno neuropsiquiátrico autoinmunitario pediátrico asociado con infecciones por estreptococo (PANDAS, por sus siglas en inglés) y síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico (PANS, por sus siglas en inglés).

- Este plan cubre servicios requeridos en virtud de la ley del estado de Massachusetts para trastornos neuropsiquiátricos autoinmunitarios pediátricos asociados con infecciones por estreptococo y el síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico, incluidos, entre otros, el uso de terapia de inmunoglobulina intravenosa (IVIG, por sus siglas en inglés).

Servicios de podología: el plan cubre lo siguiente:

- Para *miembros* diabéticos: todos los servicios de atención de podología (pies), ya sean de rutina o no, están cubiertos.
- Para todos los demás *miembros*: el *plan* solo cubre atención de podología (pies) *médicamente necesaria* que no sea de rutina, por un *proveedor de la red*, incluido un podólogo de la *red*. Ejemplos: tratamiento para el dedo en martillo y osteoartritis. Esto no incluye atención de rutina de los pies. (Ejemplos de atención de rutina de los pies: recorte de callos, uñas u otros cuidados higiénicos).

Medicamentos con receta médica: El formulario del plan es una lista de medicamentos con receta médica que indica la condición de la cobertura, *costo compartido*, así como cualquier limitación, restricción o exclusión. El formulario se actualiza a lo largo del año. El formulario en línea se actualiza a medida que se realizan los cambios. Los miembros que puedan verse afectados por cambios en los formularios son notificados por correo, a menos que el cambio sea en beneficio del miembro. Visite el sitio web del *plan* (wellsense.org) o llame a Servicios para Miembros al 1-855-833-8120 para saber si un medicamento tiene cobertura.

Condiciones de cobertura: Nuestro programa de farmacia no cubre todos los medicamentos y recetas. El *plan* cubre los medicamentos con receta médica que aparecen en el formulario del *plan*, cuando son proporcionados de acuerdo con los programas de farmacia del *plan* y cuando cumplan con todos los siguientes requisitos que se describen a continuación. (Nota: Esto incluye el requisito de que la cobertura de algunos medicamentos está sujeta a la autorización previa (aprobación) de un *revisor autorizado del plan*. Siempre consulte con su *proveedor* para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria del *plan*).

- Medicamentos que, por ley, requieren receta.
- Recetado por un proveedor con licencia para recetar medicamentos.
- La receta médica cumple con todos los requisitos legales de una receta médica.
- La receta se surte en una farmacia de la red (excepto en una emergencia o para atención de urgencia, cuando usted está fuera del área de servicio).
- Es médicamente necesario.
- Se receta para tratar una enfermedad, lesión o embarazo; o para cuidados preventivos.

Costo compartido: consulte el Esquema de Beneficios para conocer el *costo compartido* de medicamentos con receta médica.

Dónde obtener sus medicamentos con receta médica: lleve su receta médica o reabastezca en cualquier *farmacia de la red*. Lleve su tarjeta de identificación y pague el *costo compartido* correspondiente.

- *Farmacias de la red:* incluye varias farmacias minoristas en Massachusetts. Para ver una lista de las farmacias de la red, consulte el Directorio de farmacias en nuestro sitio web en wellsense.org, o llame a Servicios para Miembros.
- *Proveedores de farmacia especializada:* para algunos medicamentos, el *plan* contrata a uno o más *proveedores de farmacia especializada*. (Consulte a continuación bajo el título de "Programas de farmacias" para obtener más información acerca de *proveedores de farmacia especializada*).

Cómo obtener los medicamentos de pedido por correo:

- El plan también tiene contrato con Cornerstone Health Solutions para brindar servicios de medicamentos por correo. Solo ciertos medicamentos de mantenimiento están disponibles por correo. Para utilizar el servicio de pedidos por correo primero debe inscribirse en Cornerstone Health Solutions. Para inscribirse en este servicio y comenzar a recibir medicamentos por correo debe comunicarse con Cornerstone Health Solutions por teléfono al 1-844-319-7588 o llenar el formulario de inscripción de pedidos por correo que se haya incluido en

su paquete de bienvenida de miembro y que también está disponible en el sitio web de Cornerstone Health Solutions. El proveedor que receta también puede llamar a Cornerstone Health Solutions al 1-844-319-7588 o enviarles la receta por fax al 1-781-805-8221. Una vez que esté afiliado, puede surtir las recetas por correo, por teléfono o en línea en <https://www.cornerstonehealthsolutions.org/chs-mail-order-pharmacy>.

- Farmacias que no pertenecen a la red: si tiene que surtir una receta médica en una farmacia que no pertenece a la red debido a una emergencia o por atención de urgencia cuando está fuera del área de servicio, tendrá que pagar su receta médica y solicitar el reembolso al plan. El plan pagará hasta el monto autorizado para los reclamos elegibles menos su costo compartido correspondiente. (Consulte el capítulo 7, "Facturas de los proveedores", o llame a Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

Qué está cubierto: sujeto a todas las Condiciones de cobertura descritas anteriormente en esta sección, el *plan* cubre los siguientes medicamentos y suministros:

- Terapia de reemplazo hormonal (HRT, por sus siglas en inglés) para mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas.
- Medicamentos anticonceptivos con receta médica orales y en otras formas (para el control de la natalidad). Consulte "Servicios de salud preventiva" a continuación.
- Medicamentos para dejar de fumar y tratar la adicción al tabaco. Tienen cobertura únicamente cuando su proveedor le ha dado una receta médica que cumple todos los requisitos legales para una receta médica. Consulte el formulario del plan para obtener información de cobertura de estos medicamentos.
- Jeringas o agujas hipodérmicas cuando sean médicamente necesarias.
- Insulina; lápiz de insulina, jeringas y agujas de insulina; glucosa en sangre, tiras reactivas para el control de cetonas y glucosa en la orina; lancetas; y medicamentos orales para la diabetes únicamente cuando su proveedor le ha dado una receta médica que cumple todos los requisitos legales de una receta médica.
- Uso no indicado en la etiqueta de medicamentos con receta médica aprobados por la FDA para el tratamiento de cáncer o VIH/SIDA
- Ciertos medicamentos compuestos: Siempre que uno o más ingredientes activos del compuesto requieran receta médica por ley y estén aprobados por la FDA y estén cubiertos por el formulario. (Nota: Todos los ingredientes activos e inactivos deben estar cubiertos o la farmacia puede ingresar un código de aclaración para evitar el reembolso de los ingredientes no cubiertos).
- Terapias con medicamentos orales e inyectables utilizadas en el tratamiento de los servicios de infertilidad con cobertura. (Consulte el capítulo 3, "Servicios de infertilidad/servicios para pacientes ambulatorios"). Estos están cubiertos únicamente cuando el miembro ha sido aprobado para el tratamiento de infertilidad con cobertura.
- Medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral para matar o reducir el crecimiento de las células cancerosas.
- Medicamentos antagonistas opiáceos.
- Profilaxis preexposición (PrEP) con tratamiento antirretroviral eficaz para personas con alto riesgo de contraer el VIH.
- Medicamentos para tratamiento asistido con medicación (MAT).

Lo que no está cubierto: El *plan* no cubre lo siguiente bajo el beneficio de medicamentos con receta médica:

- Recetas médicas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red, excepto en casos de emergencia, atención de urgencia o durante una emergencia/atención de urgencia cuando usted está fuera del área de servicio.
- Recetas médicas que fueron proporcionadas por un proveedor que no pertenece a la red, excepto en caso de emergencia, o en un entorno
- de atención de urgencia o durante una emergencia/atención de urgencia cuando usted está fuera del área de servicio.
- Medicamentos que se incluyen dentro de alguna de las siguientes categorías:
 - Medicamentos que no fueron recetados para tratar una enfermedad, lesión o embarazo, o para propósitos de atención preventiva o medicamentos recetados como parte de un curso de tratamiento no cubierto por el plan.
 - *Medicamentos experimentales* o de investigación. (Nota: Esta exclusión no se aplica al tratamiento con

- antibióticos a largo plazo de la enfermedad crónica de Lyme)
- Medicamentos que no tienen la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos. Esto incluye los suplementos herbarios y/o los medicamentos alternativos, y los productos medicinales que requieren receta médica.
- Medicamentos utilizados principalmente para propósitos *cosméticos*.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual.
 - Medicamentos que han sido considerados menos que eficaces por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos, es decir medicamentos DESI. Para obtener una lista completa de medicamentos DESI visite: http://www.cms.hhs.gov/MedicaidDrugRebateProgram/12_LTEIRS Drugs.asp
- Medicamentos con receta médica utilizados principalmente para el tratamiento de los síntomas de la tos o el resfrío.
- Medicamentos de conveniencia empaquetados que contienen medicamentos tópicos y/o materiales médicos. (Por ejemplo: enjuagues tópicos, almohadillas de alcohol y peines).
- Medicamentos con receta médica relacionados con servicios dentales sin cobertura.
- Vitaminas y suplementos dietéticos (excepto vitaminas prenatales recetadas, vitaminas según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible, flúor para los niños y suplementos para el tratamiento de la enfermedad mitocondrial). Flúor tópico y oral para adultos.
- Medicamentos con receta, una vez que el mismo ingrediente activo o la versión modificada de un ingrediente activo que sea terapéuticamente equivalente a un medicamento con receta cubierto, esté disponible para su venta libre. En este caso, es posible que el medicamento específico no esté cubierto y que toda la clase de medicamentos con receta tampoco lo esté.
- Medicamentos con receta médica como parte del curso de un tratamiento que el plan no cubre.
 - Costos de entrega, envío y manejo relacionados con la entrega de los medicamentos a su persona.
 - Medicamentos compuestos, si ninguna de sus sustancias activas requiere receta médica por ley, o si no están aprobados por la FDA y no están cubiertos en el formulario.
 - Saborizante de medicamentos compuestos y medicamentos no compuestos.
 - Agentes de vacunación que no aparecen en el formulario; toxoides; sangre y productos sanguíneos. (Nota: Estos pueden estar cubiertos por sus beneficios para pacientes ambulatorios o para pacientes hospitalizados).
 - Ciertos dispositivos médicos. (Nota: Estos pueden estar cubiertos bajo el beneficio de equipo médico duradero).
 - Ciertos medicamentos administrados por un proveedor de atención médica en un entorno ambulatorio. (Nota: Estos pueden estar cubiertos por su beneficio ambulatorio).

Programas de farmacia: El *plan* tiene varios programas de farmacia. Estos programas intentan garantizar que los *miembros* reciban medicamentos seguros, clínicamente apropiados y económicos. Los medicamentos sujetos a estos programas se encuentran en el formulario del *plan* y pueden cambiar cada cierto tiempo. Para conocer más sobre qué medicamentos están sujetos a cualquiera de estos programas, consulte el formulario del *plan* en wellsense.org o llame a Servicios para Miembros. A continuación encontrará una descripción de estos programas:

- **Autorización previa:** En el caso de algunos medicamentos, el plan requiere que su médico obtenga la autorización previa de un revisor autorizado del plan antes de recetar el medicamento. Los medicamentos sujetos a autorización previa incluyen algunos medicamentos muy caros, medicamentos de marca cuando hay un equivalente genérico disponible y medicamentos nuevos en el mercado que aún no han sido revisados por el plan para su cobertura.
- **Límites de cantidad:** el plan limita la cantidad de algunos medicamentos que se le pueden surtir a usted durante un período determinado. Esto se realiza por razones de seguridad, costo y/o por motivos clínicos.
- **Terapia escalonada:** este programa requiere que los proveedores usen ciertas terapias o medicamentos de "primera línea" designados antes de recetar otros medicamentos. Un ejemplo es el uso de antidepresivos genéricos antes de recetar antidepresivos de marca.
- **Proveedores de farmacia especializada:** El plan tiene contratos con farmacias especializadas de la red que proveen ciertos medicamentos especializados. Usted debe obtener estos medicamentos en una de nuestras

farmacias especializadas de la red.

SOLICITUDES DE EXCEPCIÓN: Si su médico considera que es médicamente necesario que usted tome un medicamento con receta médica que no está en nuestro formulario o que está restringido por cualquiera de los programas de farmacia anteriores, él o ella debe comunicarse con el plan y solicitar una excepción por parte de un revisor autorizado del plan. La solicitud de excepción debe estar respaldada por la historia clínica específica del paciente para la revisión del plan. El plan considerará si el medicamento es médicamente necesario para usted. Si lo es, se hará una excepción y se cubrirá el medicamento. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Administrador de beneficios de farmacia: El *plan* tiene contrato con una organización separada, conocida como un administrador de beneficios de farmacia, para administrar su beneficio de medicamentos con receta médica. Para obtener más información, consulte la Guía de direcciones y números telefónicos al comienzo de esta EOC (Evidencia de Cobertura).

Servicios de salud preventiva: El plan cubre servicios de salud preventiva. Estos son servicios para prevenir enfermedades o lesiones en lugar de diagnosticar o tratar un malestar o síntoma. Los servicios de salud preventiva los proporciona su *PCP*, obstetra de la *red* u otro *proveedor calificado de la red*. Para que tengan cobertura, se deben prestar todos los servicios de salud preventiva de acuerdo con los lineamientos de políticas médicas del *plan*, y con las leyes y reglamentos vigentes.

El siguiente es un breve resumen de los servicios de salud preventiva cubiertos. Puede encontrar una lista completa de todos los servicios médicos preventivos cubiertos por el *plan* bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) al final de esta EOC o en el sitio web del *plan* en www.healthcare.gov o en wellsense.org.

Servicios de atención médica preventiva para los miembros que sean niños:

- Examen físico, historial, mediciones, examen sensorial, evaluación neuropsiquiátrica, evaluación del desarrollo y evaluación en los siguientes intervalos del nacimiento a los 6 años:
 - Seis veces durante el primer año después del nacimiento del niño.
 - Tres veces durante el segundo año de vida (de un año a la edad de dos años). Anualmente desde la edad de dos hasta cinco años (hasta 6 años).
 - Examen hereditario y metabólico al momento del nacimiento.
 - Examen de audición del recién nacido antes del alta del hospital o centro médico donde nació.
 - Vacunas preventivas; pruebas de tuberculina; hematocrito; hemoglobina; detección de plomo en la sangre; u otras pruebas de sangre apropiadas y el análisis de orina según lo recomiende el médico.
 - Exámenes físicos de rutina para niños mayores de 6 años.
 - Examen ocular preventivo hasta el límite del beneficio. Consulte su Esquema de Beneficios.
- Servicios de atención médica preventiva para adultos:
 - Exámenes médicos anuales (una vez por año de beneficios); y radiografías y pruebas de laboratorio de rutina relacionadas.
 - Pruebas de detección y exámenes auditivos preventivos.
 - Vacunas preventivas de rutina según recomendaciones del Comité Asesor con respecto a las prácticas de vacunación.
 - Procedimientos y pruebas preventivas de rutina. (Ejemplo: colonoscopías de detección). (En algunos casos, si estos procedimientos se acompañan de tratamiento o cirugía, se hacen susceptibles de costo compartido correspondiente).
 - Orientación nutricional y educación de la salud.
 - Exámenes de la vista preventivos. Consulte la sección Servicios de la vista para obtener más detalles. Los exámenes de la vista preventivos están cubiertos hasta el límite del beneficio. Consulte su Esquema de Beneficios.
- Servicios de atención médica preventiva para mujeres, incluidas mujeres embarazadas:
 - Examen ginecológico anual. Esto incluye un examen citológico (Papanicolaou) de rutina una

vez por año de beneficios. Usted deberá consultar a: un médico (PCP, obstetra o ginecólogo); una enfermera especializada; o una partera certificada de la red.

- Atención prenatal de rutina, que incluye una visita posparto.
 - Mamografías iniciales para mujeres entre las edades de 35 y 40; y mamografías de detección anuales por año de beneficios para mujeres a partir de los 40 años.
 - Exámenes de laboratorio asociados con la atención por maternidad de rutina.
 - Procedimientos de esterilización voluntaria.
 - Bombas sacaleche y suministros relacionados.
 - Asesoramiento de lactancia materna y apoyo de un proveedor capacitado de la red.
 - Anticonceptivos con receta médica. Planificación familiar.
- Otros servicios de salud preventiva, pruebas de detección y asesoramiento, según lo exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Costo compartido: No hay ningún *costo compartido* para los servicios de salud preventiva cubiertos.

Nota: Mientras recibe ciertos servicios de salud preventiva, usted también puede recibir otros *servicios cubiertos* que requieran *costo compartido* separado. Además, cualquier atención médica de seguimiento *médicamente necesaria* como resultado de servicios de salud preventiva está sujeta al *costo compartido* correspondiente.

Exclusiones relacionadas: exámenes necesarios para participar en las actividades escolares, de campamento y deportivas; o exámenes requeridos por empleadores, tribunales u otras terceras personas; a menos que estos exámenes sean brindados como parte de un examen de rutina cubierto.

Dispositivos prostéticos: el *plan* cubre dispositivos prostéticos *médicamente necesarios* cuando sean recetados por un médico de la *red*. El *plan* decidirá si las prótesis se alquilan o se compran. Las prótesis deben comprarse o alquilarse de un *proveedor de la red*.

Los dispositivos prostéticos son dispositivos de naturaleza duradera, que deben ser:

- capaces de soportar el uso repetido;
- razonables y necesarios para sostener un límite mínimo de vida cotidiana independiente;
- fabricados principalmente para un propósito médico;
- generalmente innecesarios en ausencia de una enfermedad o lesión;
- aptos para usarse en el hogar;
- médicamente necesarios para usted; y
- usados para reemplazar la función de una parte del cuerpo faltante y hechos para que se acondicionen a su cuerpo como un sustituto externo.

La cobertura para prótesis está disponible únicamente para:

- El dispositivo menos costoso que le permita dedicarse a las actividades de la vida diaria. Si el plan decide que usted eligió una prótesis que cuesta más que la prótesis menos costosa adecuada para permitirle dedicarse a las actividades de la vida diaria, el plan pagará únicamente por los costos que hubiera pagado por el dispositivo menos costoso que cumpla con sus necesidades. En este caso, usted tendrá que pagar los gastos del proveedor que superen el monto que paga el plan.
- Tiene cobertura un artículo de cada clase de dispositivo protésico que se adapte a sus necesidades. No hay cobertura para ningún artículo o elemento de respaldo que sirva un propósito duplicado.
- Reparación y mantenimiento de equipos cubiertos.

Los siguientes son ejemplos de prótesis cubiertas:

- Prótesis del seno. Estos incluyen sostenes de reemplazo y de mastectomía.
- Prótesis para brazos, piernas y ojos.
- Calzado terapéutico y moldeado, así como plantillas para la enfermedad diabética severa de los pies.

(Consulte los beneficios por diabetes descritos anteriormente).

- Pelucas (prótesis para calvicie) recetadas por un médico de la *red*, cuando el *miembro* tiene pérdida de cabello debido al tratamiento de cualquier forma de cáncer o leucemia, a alopecia areata, alopecia total o pérdida permanente del pelo del cuero cabelludo debido a lesiones (como quemaduras u otra lesión traumática).

Exclusiones relacionadas:

- Miembros artificiales electrónicos y mioeléctricos.
- Pelucas cuando hay pérdida del cabello debido a la calvicie masculina o femenina; o por envejecimiento natural o prematuro.

Servicios de radiología: consulte Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico.

Terapias de rehabilitación (para pacientes ambulatorios) - terapias de rehabilitación física, ocupacional y pulmonar de corto plazo: El *plan* cubre servicios de terapia pulmonar, ocupacional y fisioterapia a corto plazo de forma *ambulatoria médicamente necesarios* para fines de rehabilitación y habilitación. Se deben proporcionar estos servicios:

- para restablecer la función perdida o defectuosa como resultado de una lesión accidental o una enfermedad;
- cuando son necesarios para mejorar su capacidad para realizar *actividades diarias*; y
- cuando su *PCP* y el *plan* determinan que esta terapia podría dar como resultado una mejora significativa de su afección dentro del período de tiempo en el que los beneficios están cubiertos.

Límite de beneficios: las terapias de rehabilitación están cubiertas hasta el *límite de beneficios* de su Esquema de beneficios. Estos *límites de beneficios* no se aplican cuando estos servicios se proporcionan a los *miembros*:

- que reciben servicios de intervención temprana; consulte Servicios de intervención temprana, descritos anteriormente; o bien
- con trastorno del espectro autista (ASD); consulte Servicios de trastorno de salud mental y de abuso de sustancias, más arriba.

Autorización previa: La cobertura de terapias de rehabilitación requiere una autorización previa de un *revisor autorizado del plan*. Siempre consulte con su *proveedor* para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria del *plan*.

Exclusiones relacionadas:

- Servicios educativos, pruebas o servicios para abordar problemas de desempeño escolar.
- Rehabilitación vocacional.
- Terapia de masaje.
- Pruebas sensoriales integrales (incluidas las prácticas).
- Diagnóstico o tratamiento de trastornos del habla, lenguaje o audición en la escuela.

Segundas opiniones: El *plan* cubre segundas opiniones de *proveedores de la red* sobre la necesidad de un *servicio cubierto* que un *proveedor de la red* ha recomendado para usted. Las segundas opiniones de *proveedores que no son de la red* están cubiertas únicamente cuando la experiencia específica solicitada no está disponible a través de los *proveedores de la red*. Cuando se considera llevar a cabo una cirugía, el *plan* cubrirá terceras opiniones de cirugía, si las dos primeras opiniones difieren.

Servicios para trastornos del habla, del lenguaje y de la audición: El *plan* cubre el diagnóstico y tratamiento de trastornos del habla, de la audición y del lenguaje. Estos están cubiertos en la medida que sean *médicamente necesarios* cuando sean proporcionados por patólogos del habla-lenguaje y audiólogos de la *red*.

Exclusiones relacionadas: diagnóstico o tratamiento de trastornos del habla, del lenguaje o de la audición en la escuela.

Trastorno de la TMJ (siglas en inglés de la articulación temporomandibular): El *plan* cubre el tratamiento de los trastornos de la TMJ únicamente cuando los trastornos son causados por una afección médica específica o son resultado de ella. El síndrome de TMJ no es considerado como una afección médica específica. Ejemplos de tales condiciones médicas específicas son: fracturas de mandíbula, dislocaciones de mandíbula o artritis degenerativa. La afección médica debe comprobarse por radiografías de diagnóstico u otros procedimientos de diagnóstico de aceptación general.

Nota: La cobertura para los trastornos de la TMJ puede requerir una autorización previa de un *revisor autorizado del plan*. Siempre consulte con su *proveedor* para asegurarse de que él o ella haya obtenido la aprobación necesaria del *plan*.

Telesalud: El plan cubre telesalud. Su costo compartido para los servicios de telesalud no excederá el costo compartido cobrado por los mismos servicios prestados en persona. Los servicios de telesalud estarán sujetos al mismo deducible y al máximo de su bolsillo que los servicios equivalentes en persona. Por ejemplo, si ve a un proveedor de salud mental para servicios de telesalud, el costo compartido es el mismo que si accede a la atención con un proveedor de salud mental en persona. Es posible que se necesite una autorización previa.

Las visitas de telesalud disponibles incluyen:

- Comunicación telefónica interactiva en vivo de 2 vías, comunicaciones de audio y video y consultas de video digital
- Telecomunicación asíncrona a través de imagen y video no proporcionada en tiempo real (un servicio se graba como video o se captura como imagen; el proveedor lo evalúa más tarde)
- Otros métodos permitidos por las leyes estatales y federales

Exclusiones relacionadas:

- El tratamiento de los trastornos de la TMJ que no se compruebe que son ocasionados o producidos por una afección médica específica.
- Tratamiento del síndrome de TMJ.
- Dispositivos que no sean un aparato ortopédico para la reposición mandibular (MORA, por sus siglas en inglés).
- Los servicios, procedimientos o materiales para ajustar la altura de los dientes o de restablecer de alguna otra forma la oclusión. Los ejemplos incluyen: coronas, puentes o aparatos de ortodoncia.

Servicios de la vista: El *plan* cubre:

- Exámenes de la vista de rutina: Los exámenes de rutina de la vista están cubiertos hasta el *límite de beneficios*. Consulte su Esquema de Beneficios.
- Exámenes de la vista preventivos: Estos son exámenes periódicos de los ojos y la visión cuando el miembro no tiene signos claros o síntomas de enfermedad o pérdida de la visión. Si tiene una afección médica del ojo, como cataratas, sus visitas al médico de la vista no se consideran preventivas. Los exámenes de la vista preventivos están cubiertos hasta el límite del beneficio.
- Tratamiento y exámenes de la vista que no son de rutina: el *plan* cubre los exámenes de la vista que no son de rutina. (Esto incluye los exámenes de retina en personas diabéticas). Usted debe utilizar un *proveedor de la red* que se dedique a la vista. Estos son optometristas u oftalmólogos. Los exámenes de la vista que no son de rutina sirven para la detección, el tratamiento y el manejo de condiciones de la vista que producen síntomas que, si no reciben tratamiento, pueden resultar en la pérdida de la visión.
- Terapia de la visión *médicamente necesaria* solo para insuficiencia acomodativa, ambliopía, insuficiencia de convergencia y esotropía adquirida (antes de la cirugía).
- Lentes de contacto o anteojos (un par por cambio recetado) si se cumple alguna de las siguientes condiciones: extracción de cataratas posoperatoria, queratoconos, anisometropía de más de 3.00D o más de 7.00D de miopía, o hipermetropía. Lentes de aumento cuando sean médicamente necesarios para uso en el hogar para el

individuo legalmente ciego.

- Servicio para la vista pediátrico: En el caso de los miembros de 18 años, un miembro es elegible para este beneficio hasta el fin del mes calendario en el que cumple 19 años. Además del examen de ojos de rutina indicado más arriba, el *plan* cubre un (1) par de anteojos, incluidos armazones y cristales, o lentes de contacto por año calendario.
 - Los servicios incluyen:
 - lentes de cristal o plástico monofocales, bifocales convencionales (con línea), trifocales convencionales (con línea), lenticulares,
 - todas las graduaciones,
 - tintado de moda y gradiente,
 - revestimiento de protección ultravioleta,
 - lentes de sol con receta de mayor tamaño y de color gris espejo N.º 3.
 - Los lentes de policarbonato están cubiertos para niños, pacientes con visión monocular y pacientes con receta mayor o igual a ± 6.00 dioptrías.
 - Todos los lentes incluyen recubrimiento resistente a rasguños.

Exclusiones relacionadas:

- Terapia visual para algunos diagnósticos donde no existe evidencia adecuada y fidedigna de eficacia.
- Los anteojos, monturas y lentes de contacto están excluidos, excepto como se enumeren específicamente en esta sección como servicio cubierto de la vista.

EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS:

El *plan* no cubre los siguientes servicios, sin importar en dónde se realicen:

Nota: Cuando se utiliza la palabra “servicios” en esta sección de Exclusiones de los servicios cubiertos, tiene cualquiera de los siguientes significados: servicios, tratamientos, procedimientos, pruebas, aparatos, suministros, equipos o medicamentos.

- Los servicios no descritos como servicios cubiertos en esta EOC.
- Servicios relacionados con, o proporcionados junto con un servicio no cubierto, excepto que se indique explícitamente de otra manera en el Capítulo 3, Servicios cubiertos. Esto incluye los costos por honorarios profesionales, equipo médico, fármacos y gastos del centro.
- Servicios que no son médicamente necesarios. Las únicas excepciones son: terminación voluntaria del embarazo, esterilización voluntaria, medicamentos anticonceptivos con receta médica utilizados para la anticoncepción y servicios de salud preventiva que se describen en el Capítulo 3.
- Servicios proporcionados para su comodidad o conveniencia, como un artículo duplicado o de respaldo, o comodidad personal o ambiental. Todos los artículos de conveniencia o comodidad considerados como tales por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) están excluidos. Algunos ejemplos de artículos excluidos incluyen, entre otros: tablas para camas; elevadores de la bañera; silla de baño o ducha; mesitas de cama; camas ajustables; brazos telefónicos; tinas calientes; y camas de agua.
- Servicios: para adaptarse a su preferencia religiosa; para mejorar el desempeño atlético; para promover un estilo de vida deseado; o para mejorar su apariencia o sus sentimientos acerca de su apariencia.
- Servicios recibidos fuera del área de servicio, excepto lo específicamente descrito en esta EOC.
- Servicios proporcionados por proveedores que no pertenecen a la red, excepto los que se permiten específicamente en esta EOC.
- Servicios que no cumplen con los criterios y lineamientos de revisión clínica del plan.
- Servicios para los cuales existe una alternativa de servicio con un nivel menos intensivo o más económico que pueden ser proporcionados en forma segura y eficaz, o si el servicio se le puede proporcionar de forma segura y eficaz en un entorno menos intensivo.
- Servicios que usted recibió cuando no estaba inscrito como miembro en este plan. Esto incluye el período anterior al comienzo de su membresía en el plan y el período posterior a la terminación de su membresía en el plan. También están excluidos los cargos por servicios que usted reciba después de

- elegir quedarse en un hospital o centro pasada la fecha del alta determinada por el plan.
- Acupuntura; biorretroalimentación (excepto para el tratamiento de la incontinencia urinaria); hipnoterapia; unidades TENS u otros estimuladores neuromusculares y los suministros relacionados; electrólisis; terapias de relajación; terapias de masajes; mioterapia; tratamientos holísticos; tratamiento en clínicas de medicina deportiva; servicios por un entrenador personal; y cualquier servicio de diagnóstico relacionado con cualquiera de estos programas, servicios o procedimientos.
- Servicios quiroprácticos y servicios relacionados: Servicios quiroprácticos distintos a la manipulación manual de la columna vertebral (hasta los límites de beneficios correspondientes). Los servicios excluidos incluyen tratamiento o compra de unidades TENS u otros estimuladores neuromusculares y los suministros relacionados.
- Tarifas por reclamación: los cargos de un proveedor por presentar una reclamación.
- Programas de rehabilitación cognitiva; programas de readiestramiento cognitivo; y servicios de diagnóstico relacionados con estos programas.
- Medicina alternativa o complementaria: esto incluye lo siguiente: acupuntura; ayurveda; biorretroalimentación (excepto para el tratamiento de incontinencia urinaria médicamente necesario); terapia craneosacral; tratamientos homeopáticos, holísticos y naturopáticos; hipoterapia; hipnoterapia; meditación; oración; sanación mental; masajes; mioterapia; campos magnéticos o pulsos; campos electromagnéticos o corriente alterna o corriente directa, incluidas unidades TENS y materiales relacionados y electrólisis; Reiki; reflexología; terapias de relajación; toque terapéutico; terapias que emplean soluciones creativas como el arte, la música, la danza o el yoga; terapia con mascotas; tratamiento en clínicas de medicina deportiva; servicios por un entrenador personal; y cualquier servicio de diagnóstico relacionado con cualquiera de estos programas, servicios o procedimientos.
- Servicios de conserjería: cualquier tarifa cobrada por un proveedor por los llamados "servicios de conserjería". Estas son las tarifas cobradas: como condición para seleccionar o usar los servicios del proveedor, o tarifas por comodidades ofrecidas por el proveedor.
- Servicios cosméticos/Cirugía cosmética: Estos son servicios prestados únicamente con el propósito de hacerle verse mejor, sin importar si estos servicios están hechos para hacer que usted se sienta mejor acerca de usted mismo o para tratar su afección mental. Ejemplos de los servicios no cubiertos son inyección de colágeno o de otros agentes de aumento de volumen para mejorar la apariencia; procedimientos para estiramiento de muslos, piernas, caderas o glúteos; blefaroplastia, a menos que sea *médicamente necesario* para prevenir la oclusión de la vista; cirugía estética facial o ritidectomía; liposucción abdominal o lipectomía asistida del abdomen por succión; abdominoplastia; abdominoplastia parcial; o bien reparación de diástasis del recto.
- Dermoabrasión u otros procedimientos para alisar la piel; servicios relacionados con el acné, tales como la eliminación de los quistes de acné o inyecciones para eliminar las cicatrices del acné; electrólisis; pelucas (excepto cuando estén expresamente cubiertas; consulte el capítulo 3); eliminación del vello, trasplantes de cabello o restauración del cabello; rinoplastia (excepto como parte de una cirugía reconstructiva médicamente necesaria); liposucción; braquioplastia: tratamiento de las arañas vasculares; tratamiento de melasma; tatuajes o reversión de tatuajes; reversión de los pezones invertidos; perforaciones (piercing); o la eliminación o destrucción de verrugas.
- Atención asistencial; atención a largo plazo o atención en una casa de reposo.
- Servicios dentales: el plan no paga por ningún servicio dental, excepto
 - los servicios dentales de emergencia y servicios dentales pediátricos,
 - los servicios dentales y de ortodoncia, específicamente relacionados con el tratamiento de labio leporino, paladar hendido o ambos según se establece en el Capítulo 3. Los servicios dentales son cualquier servicio proporcionado por un dentista con licencia que involucran el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, dolor, lesión, deformidad u otra afección de los dientes humanos, proceso alveolar, encías, mandíbula o estructuras relacionadas de la boca. El plan tampoco paga por férulas o aparatos orales.
- Prótesis dentales
- Equipo que no cumple con la definición de "equipo médico duradero" del Capítulo 3: Servicios cubiertos/Equipo médico duradero y ortesis. Por ejemplo, el equipo que se utiliza principalmente y por lo general para un propósito no médico no se considera un equipo médico duradero, incluso si dicho equipo tiene un uso relacionado con un propósito médico.

- Dispositivos y ropa, como los siguientes:
 - Dispositivos tales como sistemas de aire acondicionado; asientos de seguridad de automóvil para niños; soportes de arco; asientos de baño; bacinicas; sillas elevadoras; computadoras; dispositivos de comunicación computarizados; software de computación; prótesis dentales; aparatos dentales; elevadores; almohadillas de calor; botellas para agua caliente; humidificadores de habitación; purificadores de aire; brazaletes médicos; alarmas para la puerta; asientos elevados de inodoro; ropa de cama (tales como cubrecamas para proteger contra los ácaros del polvo); materiales desechables (tales como sábanas, bolsas, guantes, pañales, toallas sanitarias, toallas húmedas de alcohol y medias elásticas); aparatos ortopédicos deportivos; alarmas de enuresis; alcanzadores de objetos; calzadores; órtesis para pies y zapatos; plantillas para zapatos (con la excepción de calzado terapéutico y moldeado, así como plantillas para miembros con afección grave de pie diabético).
 - Ropa especial, excepto: aparatos de corrección de apoyo de presión gradiente para linfedema o enfermedad venosa; ropa necesaria para un aparato cubierto (por ejemplo, sostenes de mastectomía y medias para muñón); y calzado terapéutico/moldeado para miembros con enfermedad diabética grave de los pies.
 - Suministros y dispositivos no rígidos, tales como: medias elásticas; portaliigas; soportes de arco; corsés; y zapatos correctivos.
 - Equipos de seguridad, como: camas seguras; recintos de la cuna; correas de arnés/cinturones de seguridad; sistemas de respuesta a alertas de emergencias; y barras de seguridad de baño/ducha.
 - Dispositivos de autoayuda que no son principalmente artículos médicos, tales como: baños sauna, elevadores, elevadores de escaleras, rampas y dispositivos especiales de teléfono o de comunicación.
 - Aparatos para autocontrol, salvo si el plan decide que un aparato le daría a un miembro que tenga ciertos síntomas en particular, la capacidad para detectar o detener el inicio súbito de alguna afección que amenace su vida.
 - Miembros artificiales electrónicos y mioeléctricos.
 - Reemplazo o reparación equipo médico duradero o de prótesis debido a pérdida, daño intencional, negligencia o robo.
 - Bombas sacaleche de grado hospitalario.
 - Equipo de higiene y ejercicios: como bicicletas de ejercicio, cintas caminadoras, asientos de inodoro para bidé, asientos para bañera y dispositivos para tomar una ducha de mano.
 - Equipo del médico, como: brazaletes para medir la presión arterial y estetoscopios.
 - Tecnología de asistencia y equipo de adaptación. como teclados de comunicación y computadoras; tablas de posición supina; bipedrestador de plano inclinable; andadores; y otros equipos que no se diseñaron para uso en el hogar.
 - Crioterapia (es decir, Game Ready).
 - Terapia de compresión caliente/frío.
 - Compresas polares.
- Medicamentos descritos como no cubiertos en el capítulo 3 bajo "Medicamentos con receta médica".
- Servicios relacionados con educación: Exámenes, evaluaciones o servicios para propósitos educativos o del desarrollo, que incluyen: fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. También están excluidos los servicios para tratar discapacidades de aprendizaje, problemas de conducta y retrasos en el desarrollo, y los servicios para tratar trastornos del habla, la audición y el lenguaje en las escuelas.
- Tratamientos experimentales o de investigación; o servicios relacionados con estos tratamientos. Si un servicio es un tratamiento experimental o de investigación, el plan no pagará por el tratamiento ni cualquiera de los servicios relacionados que sean proporcionados al miembro con el propósito de proporcionarle el tratamiento experimental o de investigación. Excepción: el plan cubrirá los costos de estudios clínicos tal y como se establece específicamente en el capítulo 3: Servicios cubiertos.
- Beneficios de un programa del Gobierno: Servicios a cuyos beneficios usted tiene derecho bajo programas del gobierno. Estos incluyen: la Administración de Veteranos para una enfermedad o lesión relacionada con el servicio militar; escuelas; y otros programas establecidos por leyes o regulaciones locales, estatales, federales o extranjeras, que prestan o pagan por servicios y suministros de atención médica, o que requieren atención o tratamiento para ser proporcionados en un centro de salud pública. No se proporciona cobertura si usted pudo haber recibido beneficios del Gobierno, solicitándolos a tiempo.
- Extracción de un órgano o células madre de un donante para trasplante de un órgano humano cuando el receptor no es un miembro.

- Para miembros mayores de 21 años de edad: aparatos de corrección auditiva o dispositivos de audición; suministros para audífonos; moldes para orejas; impresiones; baterías; accesorios; e instrucciones para usar y cuidar aparatos de corrección auditiva
- Líquido de limpieza o baterías para aparatos de corrección auditiva
- Mejoras en el hogar y equipo de adaptación para el hogar.
- Servicios de infertilidad: Los siguientes no están cubiertos:
 - Servicios de infertilidad para cualquier miembro que no sea un residente de Massachusetts.
 - Servicios de infertilidad para miembros que no son "estériles" como se define en la sección de servicios para infertilidad en el capítulo 3.
 - Reversión de la esterilización voluntaria.
 - Tratamiento de infertilidad necesario como resultado de la esterilización voluntaria previa, a menos que: el diagnóstico de la infertilidad no está relacionado con el procedimiento anterior de esterilización; y si es para una mujer, el examen de diagnóstico proporciona al menos una trompa de Falopio permeable; y si es para un hombre, el conteo de espermatozoides cumple con la definición de normal tal como se establece en los criterios de revisión clínica del plan.
 - Criopreservación de espermatozoides o embriones de largo plazo (más de 90 días), a menos que el miembro esté en tratamiento activo de infertilidad.
 - Costos asociados con el reclutamiento de donantes, pruebas y compensación.
 - Espermatozoides de donante y servicios de laboratorio asociados en ausencia de la infertilidad de factor masculino diagnosticada en la pareja.
 - Servicios para infertilidad necesarios para la concepción como resultado de la esterilización voluntaria o después de reversión fallida de una esterilización voluntaria.
 - Medicamentos para donantes de óvulos anónimos o designados directamente relacionados con un ciclo de tecnología de reproducción asistida estimulada (ART), a menos que el servicio ART haya sido aprobado por un revisor autorizado del plan, y se suministra en el centro de un proveedor de servicios para infertilidad de la red; y el miembro sea el único receptor de óvulos del donante.
 - Costos relacionados con sustituta gestacional/madre sustituta: esto significa todos los procedimientos y costos incurridos por una mujer fértil para lograr un embarazo, como una sustituta gestacional o madre sustituta para un miembro estéril.
 - Procedimientos experimentales o de investigación para la infertilidad.
- Servicios de maternidad: Servicios o costos asociados con los nacimientos planificados en el hogar. Cuando está fuera del área de servicio, el plan no cubre:
 - servicios de maternidad de rutina para atención prenatal o posparto; o bien
 - parto (incluida la atención posparto y la atención al recién nacido) o problemas durante el embarazo más allá de la semana 37 de embarazo o en cualquier momento después de que su proveedor le haya dicho que está en riesgo de un parto prematuro. Consulte el capítulo 3: Atención por maternidad/servicios para pacientes hospitalizados.
- No miembros: Servicios para no miembros, salvo lo detallado específicamente en este capítulo 3 en "Trasplantes de órganos humanos" o en "Servicios de cuidados paliativos".
- Tarifas por expedientes médicos: Honorarios que cobran los proveedores por copias de su expediente médico.
- Se excluyen los siguientes servicios de Salud mental/servicios relacionados con el abuso de sustancias:
- psicoterapia con asistencia de equinos;
 - psicoanálisis;
 - orientación espiritual;
 - psicoterapia individual interactiva;
 - terapia psicofisiológica individual que incorpora biorretroalimentación;
 - evaluación psiquiátrica de registros e informes;
 - rehabilitación neuropsicológica;
 - servicio de línea directa de la salud del comportamiento;
 - servicios de salud mental en comunidad;
 - servicios de centros de reinserción social;
 - servicios de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias proporcionados a un miembro que está en la cárcel, prisión, correccional o centro de custodia;
 - pruebas de alcohol o drogas con fines legales u otros que no están relacionados con la necesidad médica;
 - tratamiento residencial de largo plazo;

- Atención asistencial.
 - programas en los que el miembro tiene una duración previamente definida de atención médica sin que el plan tenga capacidad para realizar determinaciones simultáneas de necesidad médica continua;
 - programas que únicamente ofrecen reuniones o actividades que no se basan en planes de tratamiento individualizado;
 - programas que se enfocan únicamente en la mejora de habilidades interpersonales u otras habilidades, en lugar de tratamiento dirigido a la reducción de síntomas y recuperación funcional relacionada con la disminución de síndromes o síntomas psiquiátricos específicos;
 - programas basados en matrículas que ofrecen actividades educativas, vocacionales, recreativas o de desarrollo personal, tales como un programa terapéutico en la escuela, campamento o en zonas selváticas.
- Gastos por faltar a la cita o cancelarla: cargos de los proveedores por faltar a las citas o cancelarlas.
 - Artículos de bienestar personal: Artículos que son principalmente para el bienestar personal o conveniencia suya o de otra persona. Entre los ejemplos se incluyen teléfonos, radios, televisores y artículos de cuidado personal.
 - Servicios podiátricos de rutina y el equipo médico duradero y suministros médicos relacionados (excepto para los miembros diabéticos; consulte la sección de beneficios para los que tienen "Diabetes" en este capítulo 3). Las exclusiones incluyen, entre otras: atención de rutina de los pies (recorte de callos, uñas u otra atención higiénica); órtesis para pies y zapatos; soportes de arco; plantillas para zapatos; accesorios, yeso y otros servicios relacionados con dispositivos para los pies; o zapatos ortopédicos o correctores que no son parte de una abrazadera para la pierna con cobertura.
 - Diagnóstico genético antes de la implantación, excepto lo específicamente permitido bajo Servicios de infertilidad.
 - Cargos por habitación privada: Los gastos que superan la tarifa para una habitación semiprivada (excepto cuando la habitación privada sea médicamente necesaria).
 - Atención privada de enfermería (excepto como parte de los beneficios por cuidados paliativos); y asistentes de cuidado personal.
 - Cirugía refractiva de ojo (que incluye cirugía con láser, queratometría radial y ortoqueratología).
 - Atención de relevo, excepto cuando se proporciona como parte de un programa autorizado de cuidados paliativos.
 - Elementos de seguridad usados en ausencia de una enfermedad o afección médica, como: alarmas para la puerta; y camas de protección o ropa de cama.
 - Pruebas prácticas sensoriales integradas.
 - Servicios por los cuales usted no tiene la obligación legal de pagar; o servicios por los cuales no se cobraría nada en ausencia de seguro médico.
 - Servicios proporcionados a usted por su familia inmediata: Servicios proporcionados a usted por su familia inmediata (consanguínea o política) o cualquiera que normalmente vive con usted. "Familia inmediata" se refiere a: cónyuge o equivalente de cónyuge; padre/madre; hijo (a); hermano; hermana; padrastro o madrastra; hijastro(a); hermanastro o hermanastra; suegro; suegra; nuera; cuñado; cuñada; abuelo(a); o nieto(a).
 - Tratamiento requerido por terceros: Los servicios requeridos por un tercero que, de otra manera, no son una necesidad médica. Ejemplos de terceros incluyen: un empleador; compañía de seguros; organización o agencia de licencias; escuela; o tribunal. Ejemplos de los servicios incluyen: exámenes y pruebas requeridas para actividades recreativas o empleo; exámenes ordenados por el tribunal; evaluaciones vocacionales sobre adaptabilidad en el trabajo; rehabilitación vocacional; inserción laboral; o terapia para restablecer la función para una ocupación específica. También se excluyen: pruebas para establecer paternidad; pruebas para propósitos forenses; y exámenes y pruebas post-mortem.
 - Ronquidos: servicios para tratar o reducir los ronquidos. Los ejemplos incluyen: uvulopalatoplastia asistida por láser; somnoplastia; protecciones para ronquidos y cualquier otro aparato relacionado con los ronquidos.
 - Impuestos: los cargos por impuestos de un proveedor; o impuestos sobre ventas relacionados con cualquier producto enviado o entregado a un miembro.
 - Servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ); todos los aparatos relacionados con TMJ que no sean un aparato ortopédico para el ajuste de la posición mandibular

(MORA); servicios, procedimientos o materiales para ajustar la altura de los dientes, o de alguna otra forma restablecer la oclusión, como coronas, puentes o aparatos de ortodoncia; y tratamiento de los trastornos de la TMJ que no se compruebe que sean ocasionados por una afección médica específica o producto de ella.

- Transporte y alojamiento: Transporte (que no sea el descrito en "Servicios de ambulancia" o "Trasplante de órganos humanos" en el capítulo 3) o alojamiento relacionado con la recepción de cualquier servicio médico.
- Los siguientes servicios y artículos relacionados con la vista:
 - Terapia visual para algunos diagnósticos donde no existe evidencia adecuada y fidedigna de eficacia.
 - Anteojos, monturas y lentes de contacto, excepto que se detalle de forma específica que están cubiertos bajo el beneficio de Servicios de la vista.
- Servicios/equipos relacionados con el peso: Planes dietéticos comerciales; programas y clínicas de control de peso o pérdida de peso (salvo los relacionados con programas o cirugía bariátrica con cobertura); y cualquier servicio relacionado con tales planes o programas; y equipo para ejercicios.
- Compensación a los trabajadores: atención para afecciones para las cuales hay beneficios disponibles según un plan de compensación al trabajador o un empleador según la ley federal o estatal.

CAPÍTULO 4. ELEGIBILIDAD, INSCRIPCIÓN, PAGOS DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN

Elegibilidad

Suscriptores: puede inscribirse como *suscriptor* si es un empleado de un *grupo* y cumple con los *requisitos de verificación* y elegibilidad de WellSense y su grupo.

Dependientes: puede inscribirse como *dependiente* del *suscriptor* si cumple alguno de los siguientes requisitos:

- es *cónyuge* o *hijo* del *suscriptor*, según se define en el Apéndice A; o
- es la pareja en unión civil del *suscriptor* según la ley del estado donde
- reside el *suscriptor*; y el grupo acepta la elegibilidad de dicha pareja en unión civil; o
- es la pareja doméstica del *suscriptor*; y el grupo acepta la elegibilidad de la pareja doméstica; o
- es un dependiente con discapacidad, según se define en el Apéndice A.

Los *dependientes* también deben cumplir cualquier otro requisito de elegibilidad y verificación de *WellSense* y del *grupo*, lo cual incluye requisitos de residencia, que sean coherentes con las leyes federales y estatales.

Nota: Si está inscrito en el plan de forma apropiada, pero vive fuera del *área de servicio* según las normas de elegibilidad del *plan*, solo tiene cobertura para *atención de urgencia* y de *emergencia*; puede entrar al *área de servicio* en cualquier momento para recibir la cobertura de todos los *servicios cubiertos* por parte de los *proveedores de la red*, y se aplican todas las normas de *costos compartidos* y otros pagos a los servicios recibidos fuera del *área de servicio*.

Aceptación: la aceptación en el *plan* nunca se basa en sus ingresos; condición física o mental; edad; ocupación; experiencia en reclamos; duración de la cobertura; afección médica; género; orientación sexual; religión; discapacidad física o mental; grupo étnico o raza; estado anterior como *miembro*; afecciones preexistentes; o afección de salud real o esperada. No utilizamos los resultados de pruebas genéticas para tomar decisiones acerca de la afiliación, elegibilidad, renovación, pago o cobertura de servicios de atención médica. Tampoco consideramos ningún historial de abuso doméstico o exposición real o sospechada de exposición al dietilestilbestrol (DES) para tomar estas decisiones.

Verificación de elegibilidad: en ocasiones, el *plan* podría requerir una verificación razonable de la elegibilidad. Los ejemplos incluyen pruebas de residencia, estado civil, estado de *dependiente con discapacidad* o nacimiento o adopción de un *hijo*. Debe brindarnos pruebas cuando las solicitamos. La inscripción en el *plan* puede continuar siempre que siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad y con los pagos de la *prima* aplicable. Si un *miembro* no coopera con los pedidos razonables de prueba de elegibilidad o continuación de la elegibilidad, podría finalizarse el *plan*.

Cobertura:

- Una vez que se inscriba correctamente en el *plan*, pagaremos por los *servicios cubiertos* que usted reciba en su *fecha de entrada en vigor de su cobertura* o *después según esta EOC*.
- Si está hospitalizado cuando comienza la afiliación: si usted es un *paciente hospitalizado* en la *fecha de entrada en vigor de su cobertura*, estará cubierto por el *plan* bajo esta EOC a partir de su *fecha de entrada en vigor de la cobertura*, siempre que usted llame o alguien que actúe en su nombre llame al *plan* y nos permita manejar su atención. Esto puede incluir una transferencia a un *hospital de la red*, si es médicamente apropiado.
- *WellSense* no impone períodos de espera ni condiciones, límites o exclusiones preexistentes. Su *grupo* podría tener su propio período de espera: comuníquese con su *grupo* para obtener más información.
- El *plan* no paga por servicios, suministros o medicamentos que recibió antes de la *fecha de entrada en vigor del plan*.

Inscripción

Inscripción inicial: un *suscriptor*, junto con sus *dependientes* elegibles, puede inscribirse en este *plan* en la fecha de

elegibilidad inicial de su *grupo*. Esta fecha la determina su *grupo* y el *plan*. Su *grupo* le indicará cómo y cuándo puede inscribirse. Si decide no inscribirse para la cobertura en su fecha de elegibilidad inicial, puede inscribirse únicamente durante el *período de inscripción abierta anual* de su *grupo* o como resultado de un evento de inscripción especial determinado por la ley. Consulte a continuación.

Período de inscripción abierta: si no se inscribe en la fecha de elegibilidad inicial o lo hizo, pero desea hacer cambios, podría inscribirse o hacer cambios durante el *período de inscripción abierta* de su *grupo*. Es la época del año en la que las personas elegibles pueden postularse para obtener más cobertura o hacer cambios en la cobertura existente para el año siguiente. El *grupo* le dirá cuándo es el período de inscripción abierta y cómo inscribirse o hacer cambios.

Inscripción especial: si decide no inscribirse en el *plan* en la fecha de inscripción inicial del *grupo*, las leyes federales o de MA podrían permitir que se inscriba cuando:

- perdió otra cobertura calificada: consulte Pérdida de otra cobertura calificada a continuación; o
- el empleado obtiene un nuevo dependiente elegible: consulte Cómo agregar nuevos dependientes a continuación; o
- es elegible para obtener asistencia de un programa de Medicaid o CHIP.

Podría haber derechos de inscripción especial adicionales según las leyes federales o estatales. Consulte con su *grupo* o llame al *plan* para obtener más información.

Pérdida de otra cobertura calificada: un empleado elegible podría decidir no inscribirse, o no inscribir a un *dependiente* elegible, en este *plan* en la fecha de elegibilidad inicial del *grupo* porque ya tenía otra cobertura de salud calificada según lo definido en la ley federal. En ese caso, el empleado elegible o el dependiente podría inscribirse si, en una fecha posterior, pierde la otra cobertura de salud calificada por alguna de las siguientes razones:

- De forma involuntaria, deja de ser elegible para la otra cobertura de salud calificada. (Por ejemplo, la pérdida se debe a la pérdida de cobertura de un *cónyuge*, divorcio, la muerte de un *cónyuge*, la pérdida del estado de dependiente, la finalización involuntaria o la pérdida de cobertura de un programa de Medicaid o CHIP).
- El empleado o los *dependientes* elegibles agotan la continuación de cobertura de *grupo* en los demás planes de salud de grupo calificados.
- El empleador que patrocina las demás coberturas de grupo en planes de salud calificados deja de contribuir a la cobertura.

Este derecho de inscripción especial no aplica si la pérdida de otra cobertura calificada se debe a la falta de pago de las *primas* del empleado o del *dependiente*.

Cómo agregar nuevos dependientes: Después de que el *suscriptor* se *inscribe*, podría postularse para agregar *dependientes* elegibles que no están inscritos en el plan solo en los siguientes casos:

- Durante el *período de inscripción abierta del grupo*; o
- Dentro de los 30 días posteriores a cualquiera de los siguientes eventos:
 - Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación del matrimonio.
 - Nacimiento de un *hijo*.
 - Adopción de un *hijo* o en una fecha anterior en la que recibe al *hijo* o con el objetivo de adopción o la fecha en la que presenta una solicitud de adopción.
 - Un tribunal ordena que cubra un *hijo* mediante una Orden válida de cobertura médica para un menor, u otra.
 - Otros motivos según lo requieran las normas estatales o federales.

Requisito de tiempo para inscripciones especiales:

- Debe notificar al *grupo*, **como máximo, 30 días después** de la fecha de pérdida de otra cobertura calificada o la fecha del evento que lo califique a agregar un nuevo *dependiente*. Si no solicita la inscripción dentro de los 30 días, tendrá que esperar al *siguiente* período de inscripción *abierta del grupo* para inscribirse al *plan*.
- Regla especial: si el derecho de inscripción especial se debe a la finalización de una cobertura o a la elegibilidad de asistencia en un programa estatal de Medicaid o CHIP, debe notificar al *grupo*, como máximo, 60 días después de la finalización de la fecha de cobertura o la fecha en que se determina que será elegible para obtener asistencia.

Cómo inscribirse: hable con el *grupo* para conocer los procesos de inscripción específicos o llame a Servicios para Miembros.

Niños recién nacidos y adoptivos: cobertura:

- Un bebé recién nacido de un *miembro* es elegible para cobertura bajo el *plan* desde el momento del nacimiento según lo exige la ley de MA. El *suscriptor* debe *inscribir correctamente al recién nacido en el plan dentro de los 30 días posteriores al nacimiento*. Si el *suscriptor* inscribe al recién nacido dentro de esos 30 días, el recién nacido está cubierto desde el nacimiento para todos los *servicios cubiertos*. Sin embargo, si el *suscriptor* no inscribe al recién nacido dentro de los 30 días posteriores al nacimiento: el *plan solo* cubrirá los costos de enfermería de rutina y la atención de bienestar del recién nacido (consulte el Capítulo 3: Servicios para pacientes hospitalizados/atención por maternidad) **y** el *suscriptor* debe esperar al próximo *período de inscripción abierta* para inscribir al *niño*.
 - El *suscriptor* debe inscribir a un *niño adoptivo* dentro de los siguientes 30 días después de la fecha de presentar una petición para adoptar al/a la *niño(a)*; o la fecha en que el/la *niño(a)* se coloca con el *suscriptor* con el propósito de adopción. De lo contrario, el *suscriptor* debe esperar hasta el siguiente período de *inscripción abierta* para inscribir a un *hijo adoptivo*.
 - Elija un PCP para su hijo recién nacido o adoptivo dentro de las siguientes 48 horas: después del nacimiento del recién nacido, o después de la fecha de adopción o colocación para adopción. Este PCP puede administrar la atención del/de la *niño(a)* desde el momento del nacimiento o adopción.
 - Comuníquese con Servicios para Miembros de su grupo para obtener información adicional acerca de la inscripción de un recién nacido o de un *niño adoptivo*.

Cambio en la categoría de elegibilidad: es responsabilidad del *suscriptor* notificar al *grupo* de todos los cambios en la familia que podrían afectar su elegibilidad o la de sus *dependientes* bajo el *plan*; o el monto de *prima* que debe pagarse por la cobertura del *plan*. La notificación debe ocurrir **dentro de los 60 días posteriores** al evento. Los cambios que requieren aviso incluyen lo siguiente:

- Tener un bebé o adoptar un *niño(a)*.
- El matrimonio, el divorcio, la separación legal o el segundo matrimonio de un *cónyuge* inscrito en el *plan*.
- Cambios de dirección o mudarse fuera del *área de servicio del plan*.
- Fallecimiento de un *miembro*.
- Cuando el *suscriptor* o un *dependiente* ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del *plan* o del *grupo*.

Nota: Los cambios en *dependientes* cubiertos por el *plan* pueden ocasionar un cambio en la *prima*.

Cambios de dirección y teléfono: informe al *plan* si cambia su dirección o número telefónico. Esto garantizará que reciba información y avisos importantes.

Pago de primas: a los *grupos* se les requiere pagar una *prima mensual por el plan* o su representante. El *plan* le hará saber al *grupo* el monto de la *prima* y la fecha límite mensual. La *prima* se deberá pagar dentro de la fecha límite que se indica en la *factura*. Solo los *miembros* cuya *prima* correspondiente haya sido recibida por el *plan* tienen derecho a los *servicios cubiertos*. En caso de que un *grupo* se demore en pagar las *primas* requeridas (morosidad), el plan, en la medida permitida por ley, puede suspender, a su exclusivo criterio, el pago de reclamos y/o una autorización previa de los servicios hasta que se reciba el pago completo de la prima. Tenga en cuenta:

- El monto de la *prima* que debe pagar un *grupo* puede cambiar durante el plazo de esta EOC. El *plan* notificará al *grupo* sobre cualquier cambio en la *prima*.
- El *plan* enviará a los *suscriptores* una notificación anual que indique la *prima* que debe pagar su *grupo*.

Terminación de la cobertura del grupo: la cobertura bajo el *contrato de grupo* terminará por alguna de las

siguientes circunstancias:

Pérdida de elegibilidad de la cobertura de grupo: su cobertura del *plan* finalizará cuando ya no sea elegible para la cobertura del *grupo* (sujeto a la continuación de las disposiciones de cobertura descritas en el Capítulo 5).

- Termina la elegibilidad del suscriptor. La cobertura de un suscriptor terminará cuando pierda elegibilidad para la cobertura de salud del grupo. Los motivos incluyen: el suscriptor abandona el empleo, las horas del suscriptor se reducen o el suscriptor ya no cumple con las reglas definidas por el plan o el grupo para la cobertura según el contrato del grupo. Si la cobertura de un suscriptor termina, también lo hacen las coberturas de todos sus dependientes inscritos.
- Termina el estado de dependiente. La cobertura de un dependiente terminará cuando pierda su estado como dependiente. Ya no cumple con los requisitos de residencia o lugar de trabajo del plan. En este caso, su grupo podría brindarle una alternativa de cobertura si mantiene la elegibilidad según el plan de beneficios de salud del grupo. Llame al grupo para obtener más información. Informe este cambio al grupo.
- Su grupo no paga las primas. La cobertura de todos los miembros del grupo terminará si el grupo no paga las primas a WellSense en la fecha especificada en el contrato del grupo. En este caso, WellSense le notificará por escrito (en su última dirección conocida) dentro de los 60 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la terminación de la cobertura del grupo según la ley de MA. La fecha de entrada en vigor de la terminación es retroactiva al último día del mes de cobertura para el cual se pagó una prima. En nuestro aviso se describirá su derecho de elegir una continuación temporal de la cobertura (TCC, por sus siglas en inglés) y la cobertura con un contrato individual, y cómo optar por TCC. Si elige TCC y paga la prima requerida a WellSense, estará cubierto por TCC durante el período entre la fecha de entrada en vigor de la terminación de la cobertura del contrato del grupo y la fecha de nuestro aviso por escrito que informe que la terminación fue efectiva. (Los servicios cubiertos por TCC son exactamente los mismos que los de la cobertura del contrato del grupo). A menos que un suscriptor elija la opción TCC y haga el pago de la prima requerido, el suscriptor es responsable por todos los reclamos por servicios recibidos después de la fecha de entrada en vigor de la terminación (que puede ser de hasta 60 días antes). Después de terminada la TCC, podría ser elegible para elegir una cobertura bajo un contrato individual. Para obtener más información sobre contratos individuales, llame a Servicios para Miembros.
- Termina la relación entre el grupo y WellSense. La cobertura termina si la relación entre su grupo y WellSense termina por motivos que no sean la falta de pago de la prima del grupo. Los ejemplos son: el grupo o WellSense termina el contrato del grupo según lo que permite el contrato; el contrato del grupo no se renueva; el grupo ya no califica para cobertura de grupo (p. ej., el grupo ya no opera); o WellSense deja de operar. Si la cobertura termina según lo establecido en esta subsección, le enviaremos un aviso de terminación al grupo con la fecha de entrada en vigor de la terminación. Su grupo es responsable de informarnos la terminación. WellSense no es responsable si su grupo no le informa a usted sobre la terminación.

Terminación de la cobertura del grupo por el suscriptor: su cobertura en este *plan* terminará cuando el *suscriptor* elija cancelar la cobertura según lo permite el *grupo*. Comuníquese con su *grupo* para obtener más información.

Terminación de la cobertura del miembro por WellSense: WellSense podría cancelar la cobertura del *contrato del grupo* ante las siguientes situaciones:

- Usted comete actos de abuso físico o verbal no relacionados con su condición física o mental que representan una amenaza a cualquier proveedor, otros miembros del plan, a WellSense o a cualquier empleado de WellSense.
- Usted comete un acto de declaración falsa intencional o fraude al *grupo* o a WellSense. Algunos ejemplos incluyen:
 - Dio información falsa o engañosa en el formulario de inscripción.
 - Inscribió a alguien como *dependiente* cuando no lo es.
 - Dejó que alguien más use su tarjeta de identificación para que reciba cobertura que no le corresponde.

La terminación en esta subsección podría ser desde la fecha de entrada en vigor o la fecha de la declaración falsa o fraude, según lo determine WellSense de acuerdo con la ley vigente. Si la cobertura se terminó según lo estipulado en

esta subsección, no podrá volver a inscribirse en otro plan de *WellSense*.

- Usted no cumple con las disposiciones del contrato del *grupo* o *de la EOC*. Ejemplo: no cumple con la solicitud razonable de información de parte nuestra para verificar la elegibilidad.
- *WellSense* discontinúa el *plan*. Podríamos discontinuar el *plan* por cualquier razón a partir de una fecha aprobada por la Comisión de Seguros de Massachusetts.

Otra información relacionada con la terminación:

Beneficios después de la terminación: pagaremos los *servicios cubiertos* que recibió entre la *fecha de entrada en vigor* de la *cobertura* y la fecha de terminación. El *plan* no pagará los servicios, suministros o medicamentos que usted reciba después de que su cobertura termine, aun si:

- usted estaba recibiendo atención como paciente hospitalizado o paciente ambulatorio después de terminada su cobertura; o bien
- usted tenía una afección médica (conocida o desconocida), como embarazo, que requiere atención médica después de la terminación de su cobertura.

Tarifas de cancelación de la inscripción voluntaria e involuntaria de los miembros: El *plan* le notificará a usted anualmente acerca de la tarifa de cancelación de la inscripción voluntaria e involuntaria como *miembro*.

Continuación de la cobertura: una vez que termine la cobertura, podría ser elegible para continuarla con nosotros en el mismo *contrato de grupo* o para inscribirse en un *contrato individual*. Consulte el Capítulo 5 a continuación.

CAPÍTULO 5: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE GRUPO

Continuación de la cobertura de grupo bajo la ley federal (COBRA): Según la ley COBRA (Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado, por sus siglas en inglés) de 1985, los *miembros del grupo* pueden ser elegibles para continuar con la cobertura bajo el *contrato del grupo* si usted se inscribió en un *grupo* que tiene 20 empleados elegibles o más; usted experimenta un evento calificador que podría hacer que pierda su cobertura de *grupo*; y usted elige la cobertura según lo dispuesto en COBRA. A continuación, hay un breve resumen de la cobertura de continuación de COBRA.

- **Eventos calificadores:** los eventos calificadores que pueden darle derecho a usted a una cobertura COBRA continuada son los siguientes:
 - Terminación del empleo del *suscriptor* (por razones distintas a conducta inapropiada grosera).
 - Reducción en las horas de trabajo del *suscriptor*.
 - Divorcio o separación legal del *suscriptor*.
 - Fallecimiento del *suscriptor*.
 - Derecho del *suscriptor* a recibir los beneficios de Medicare.
 - Pérdida del estado como dependiente elegible.
- **Período de cobertura continuada bajo COBRA:** el período de cobertura continuada de *grupo* comienza con la fecha de su evento calificador. La duración de esta cobertura continuada del *grupo* será hasta 36 meses a partir de dicho evento calificador. Esto es así con la excepción de la terminación del empleo del *suscriptor* o la reducción en las horas de trabajo del *suscriptor* en cuyo caso la *cobertura continuada de grupo* está disponible únicamente por 18 meses, o, si usted califica como discapacitado bajo el título II o XVI de la Ley de Seguro Social hasta 29 meses. La cobertura de COBRA terminará al final del período máximo de cobertura; sin embargo, la cobertura puede terminar antes si la *prima* no se paga a tiempo; su *grupo* deja de mantener cualquier plan de salud del *grupo*; el grupo termina su *contrato de grupo* con el *plan* (en cuyo caso usted puede continuar su cobertura bajo otro plan de salud); o por otras razones, tales como el final de la discapacidad o ser elegible para obtener otra cobertura.
- **Costo de la cobertura:** En la mayoría de los casos, usted es responsable por el pago de 102 % del costo de la cobertura.
- **Cobertura continua para suscriptores discapacitados:** en el momento de la terminación del empleo del *suscriptor* o reducción en las horas de trabajo (o dentro de los siguientes 60 días del evento calificador según la ley federal), si se determina que un *suscriptor* o su dependiente elegible está incapacitado bajo el título II o el título XVI de la Ley del Seguro Social, la cobertura continuada de grupo estará disponible hasta por 29 meses desde la fecha del evento calificador. El costo de la prima por los 11 meses adicionales puede ser hasta el 150 % de la tarifa de la prima.
- **Inscripción:** Para poder inscribirse, usted debe llenar un formulario de elección y devolverlo a su grupo. El formulario debe devolverse dentro de los siguientes 60 días a partir de la fecha de terminación de su cobertura de grupo o su notificación (por su grupo) de elegibilidad, lo que ocurra después. Si usted no envía el formulario completado, se considerará como una renuncia. Esto significa que no se le permitirá continuar la cobertura en este plan bajo un contrato de grupo.
- **Para obtener más información acerca de COBRA,** comuníquese con su grupo o con Servicios para Miembros.

Continuación de la cobertura de grupo bajo la ley de MA (Massachusetts): en virtud de la ley de cobertura de continuación de MA, los *miembros del grupo* pueden ser elegibles para continuar con la cobertura bajo el *contrato de grupo* si usted se inscribió en un grupo que tiene entre de 2 y 19 empleados elegibles; usted experimenta un evento calificador que podría hacer que pierda su cobertura de *grupo*; y usted elige la cobertura según lo establecido por la ley de MA. A continuación, hay un breve resumen de la cobertura de continuación de MA.

- **Eventos calificadores:** Los eventos calificadores que pueden darle derecho a usted a una cobertura continuada bajo la ley de MA son los siguientes:
 - Terminación del empleo del *suscriptor* (por razones distintas a conducta inapropiada grosera).
 - Reducción en las horas de trabajo del *suscriptor*.
 - Divorcio o separación legal del *suscriptor*.

- Fallecimiento del suscriptor.
- Derecho del suscriptor a recibir los beneficios de Medicare.
- Pérdida del estado como dependiente elegible.
- **Período de cobertura continuada:** En la mayoría de los casos, la cobertura de continuación es efectiva desde la fecha posterior al día en que termina la cobertura de *grupo*. En la mayoría de los casos, termina 18 o 36 meses desde la fecha del evento calificador, según el tipo de evento calificador.
- **Costo de la cobertura:** En la mayoría de los casos, usted es responsable del pago de 102 % de la *prima de grupo*.
- **Inscripción:** Para poder inscribirse, usted debe llenar un formulario de elección y devolverlo a su *grupo*. El formulario debe devolverse dentro de los siguientes 60 días a partir de la fecha de terminación de su *cobertura de grupo* o su notificación (por su *grupo*) de elegibilidad, lo que ocurra después. Si usted no envía el formulario completado, se considerará como una renuncia. Esto significa que no se le permitirá continuar la cobertura en este *plan* bajo un *contrato de grupo*.
- **Para obtener más información acerca de la** cobertura de continuación de MA, comuníquese con su *grupo* o el plan.

Cierre de una planta: en virtud de la ley de MA, los *miembros del grupo* que pierden la elegibilidad para la cobertura bajo un *contrato de grupo* debido al cierre de una planta o al cierre parcial de una planta (según lo que defina la ley) pueden ser elegibles para continuar la cobertura bajo el contrato de *grupo* hasta por 90 días después del cierre de la planta. Si esto le sucede, el *suscriptor* y su grupo pagarán cada uno sus partes del costo de la *prima* hasta por 90 días después del cierre de la planta. El *grupo* es responsable de notificar a los *suscriptores* acerca de su elegibilidad. Llame a su *grupo* o al *plan* para obtener información adicional.

Divorcio o separación: en caso de un divorcio o separación legal, la persona que fue el *cónyuge* del *suscriptor* antes del divorcio o separación legal seguirá siendo elegible para la cobertura en este *plan* bajo el *contrato de grupo del suscriptor*, bien sea que la resolución haya sido presentada o no antes de la fecha de entrada en vigor del *contrato del grupo*. Esta cobertura no requiere una *prima* adicional aparte del costo normal de la cobertura de un *cónyuge* actual. El *excónyuge* sigue siendo elegible para esta cobertura únicamente hasta que ocurra lo primero entre los siguientes: el *suscriptor* ya no está obligado por la resolución a proporcionar un seguro médico para el *excónyuge*; o el *suscriptor* o el *excónyuge* se vuelve a casar. Si el *suscriptor* se vuelve a casar y la resolución así lo estipula, el *excónyuge* podrá continuar la cobertura bajo el *plan* de acuerdo con la ley de MA (Massachusetts).

Cobertura bajo un contrato individual: si su cobertura de *grupo* termina, usted podría ser elegible para inscribirse en la cobertura bajo un *contrato individual*. Esta cobertura se ofrece por medio de la autoridad del Operador de salud de Commonwealth Health Insurance ("Operador de salud" [Health Connector]) o directamente por WellSense. Tenga en cuenta que la cobertura bajo un *contrato individual* puede diferir de la cobertura bajo un *contrato de grupo*. Para obtener más información, llame al Operador de salud (1-877-MA-ENROLL), ingrese al sitio web del Operador de salud (www.mahealthconnector.org) o llame a Servicios para Miembros de WellSense.

CAPÍTULO 6. PROCESO DE SATISFACCIÓN DEL MIEMBRO

Introducción: El plan se compromete a resolver cualquier duda que pueda tener sobre cómo opera el plan sus beneficios o la calidad de la atención médica que usted recibió de proveedores de la red. Para eso, tenemos los siguientes procesos (cada uno descrito en más detalle a continuación) según el tipo de duda que usted tenga:

- Proceso interno de consultas.
- Proceso interno de *quejas*.
- Proceso interno de *apelaciones* (incluidas las *apelaciones expeditas*).
- Revisión externa por la Oficina de Protección al Paciente de la Comisión de Políticas de Salud de Massachusetts.

Proceso interno de consultas:

¿Qué es una consulta? Una *consulta* es cualquier comunicación que usted le hace al *plan* para solicitar que abordemos una acción, política o procedimiento del *plan*.

Proceso interno de consultas: este es un proceso informal utilizado para resolver la mayoría de las *consultas*. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-833-8120 para discutir su duda.

Nota: El proceso interno de *consultas* no se utiliza para resolver dudas sobre la calidad de la atención recibida por usted o una determinación adversa (denegación de cobertura basada en una *necesidad médica*). Si su duda se refiere a:

- la calidad de la atención que usted recibió de un *proveedor de la red*: Servicios para Miembros remitirá su inquietud directamente a nuestro Proceso interno de *quejas* (consulte a continuación).
- una determinación adversa, Servicios para Miembros remitirá su inquietud directamente a nuestro Proceso interno de *apelaciones* (consulte a continuación).

El personal de Servicios para Miembros revisará e investigará su *consulta* y en la mayoría de los casos le responderá por teléfono dentro de 3 días hábiles. Durante nuestra llamada: le informaremos nuestra decisión o le informaremos que no pudimos resolver su *consulta* dentro de los 3 días hábiles. Si usted indica que no está satisfecho con nuestra decisión, o no pudimos resolver su *consulta* dentro de los 3 días hábiles, le ofreceremos iniciar una revisión de su asunto a través de nuestro proceso formal interno de *quejas* o *apelaciones* (consulte a continuación). El proceso que usemos dependerá del tipo de *consulta* que usted haya hecho.

Proceso interno de quejas:

¿Qué es una queja? Una *queja* es un reclamo formal que hace usted sobre:

- Administración del plan (cómo opera el *plan*): Cualquier acción tomada por un empleado del *plan*, cualquier aspecto de los servicios, políticas o procedimientos del plan o un problema de facturación.
- Acceso, actitud o servicio de un proveedor: cualquier disconformidad con un proveedor de la red del plan debido a la falta de disponibilidad del proveedor, cómo siente que lo trató un proveedor o miembro de su personal o falta de limpieza en el consultorio de un proveedor
- Calidad de la atención: la calidad de atención que usted recibió de un *proveedor de la red del plan*. Nos referimos a este tipo de *queja* como una "*queja* de calidad de la atención". (Si se siente cómodo al hacerlo, le aconsejamos que hable primero con el *proveedor de la red* sobre las inquietudes de calidad de la atención antes de presentar una *queja* sobre la calidad de la atención. Sin embargo, no es un requisito que lo haga antes de presentarnos este tipo de *queja*).

Nota: El Proceso interno de quejas **no** se utiliza para resolver los reclamos que son o podrían ser *apelaciones*. Estos tipos de quejas se manejan a través del Proceso interno de *apelaciones*. (Consulte a continuación).

Cómo y dónde puede presentar una queja: la forma preferida para presentar una *queja* es hacerlo por escrito y enviarla a nuestra dirección por correo normal o vía fax. También puede entregarla en persona en una de nuestras oficinas. (Consulte la Guía de direcciones y números telefónicos al comienzo de esta EOC). También puede presentar su *queja* verbalmente en persona o si llama a Servicios para Miembros al **1-855-833-8120**. Para las *quejas* verbales relacionadas con los servicios de **salud mental o de trastornos por consumo de sustancias**, debe llamar al **1- 877-957-5600**. Si

presenta su *queja* verbalmente, redactaremos un resumen de la *queja* y le enviaremos una copia dentro de las 48 horas posteriores a la recepción (a menos que el límite de tiempo sea extendido por acuerdo mutuo por escrito). Las *quejas* por escrito deben incluir:

- su nombre;
- dirección;
- número de identificación *del plan*;
- número de teléfono durante el día;
- descripción detallada de la *queja* (que incluya las fechas relevantes y los nombres de los *proveedores*);
- cualquier documento pertinente relacionado con su *queja*, tal como estados de facturación; y
- el resultado específico que usted solicita.

Debe enviar su *queja* por escrito a:

**WellSense Health Plan Employer Choice Direct
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129
Attention: Member Grievances**

Fax: 617-897-0805

Si desea presentar una *queja* personalmente, puede acudir a cualquiera de las direcciones anteriores.

Las *quejas* por escrito relacionadas con los servicios de **salud mental** o de trastornos por consumo de sustancias deben incluir la información mencionada anteriormente y se deben enviar a:

**Quality Department- Carelon Behavioral Health
P.O. Box 1856
Hicksville, NY 11802**

Teléfono: 877-957-5600

Fax: 781-994-7642

Cuándo presentar una *queja*: usted puede presentar su *queja* en cualquier momento dentro de los 180 días siguientes a la fecha del evento, situación o tratamiento que corresponda. Le recomendamos presentar su *queja* lo antes posible.

Acuse de recibo del plan de su *queja*: si usted presentó una *queja*, por escrito, le enviaremos una carta ("acuse de recibo") para informarle que hemos recibido su *queja*. Le enviaremos esta carta dentro de los 15 días hábiles después de recibir su *queja*. Si presentó su *queja* verbalmente, le enviaremos un resumen de la *queja* dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de su *queja*. Este resumen servirá tanto como un registro escrito de su *queja* como un acuse de recibo. Estos límites de tiempo pueden ser extendidos por mutuo acuerdo por escrito entre usted y nosotros.

Divulgación de expedientes médicos: Podemos solicitar un formulario de autorización de divulgación de expedientes médicos firmado. Este formulario autoriza a los *proveedores* a proporcionarnos su información médica. Debe estar firmado y fechado por usted o su Representante autorizado. (Cuando lo firma un Representante autorizado, se debe proporcionar una constancia adecuada de autorización para divulgar información médica). Si no se incluye un formulario de autorización de divulgación de expedientes médicos junto con su *queja*, Servicios para Miembros le enviará un formulario en blanco de inmediato. Es muy importante que llene y nos envíe este formulario. Esto nos permite obtener la información médica que necesitamos para abordar su *queja*. Si no recibimos este formulario en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su *queja*, podremos responder a su *queja* sin haber revisado la información médica relevante. Además, si recibimos el formulario de usted, pero su *proveedor* no entrega sus expedientes médicos de manera oportuna, le pediremos a usted que acuerde ampliar el límite de tiempo para que nosotros respondamos su *queja* (consulte "Plazos para la revisión y respuesta a su *queja*" a continuación). Si no podemos lograr un acuerdo sobre la

extensión de tiempo, podremos responder a su *queja* sin haber revisado la información médica relevante.

Quién revisará su queja: Las *quejas* administrativas del **proveedor** del plan serán investigadas y revisadas por un especialista en Apelaciones y Quejas. Él o ella también hablará con los otros departamentos adecuados o proveedores y/o miembros de su personal. Las *quejas* por calidad de la atención serán investigadas y revisadas por el personal clínico de la Oficina de Asuntos Clínicos. Todas las revisiones las realizarán personas adecuadas que conocen sobre los asuntos involucrados en su *queja*. Las resoluciones se basarán en los términos de esta EOC (Evidencia de Cobertura); las opiniones de sus *proveedores* de tratamiento; las opiniones de nuestros revisores profesionales; registros aplicables proporcionados por usted o *por proveedores*; y cualquier otra información relevante a nuestra disposición.

Plazos para la revisión y la respuesta a su queja: le enviaremos una respuesta por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su *queja*. Este período de 30 días calendario se inicia de la siguiente manera:

- Si su *queja* requiere que revisemos sus expedientes médicos, el período de 30 días calendario no comienza sino hasta que recibamos de usted un formulario firmado de autorización para divulgar información médica.
- Si su *queja* no requiere que revisemos sus expedientes médicos, el período de 30 días calendario se inicia al siguiente día hábil después de la terminación del período de 3 días hábiles para el procesamiento de *consultas* a través del Proceso interno de *consultas* si la *consulta* no fue atendida dentro de ese período de tiempo; o el día en que nos notificó que no quedó satisfecho con la respuesta a la consulta.

Estos límites de tiempo pueden ser extendidos por mutuo acuerdo por escrito entre usted y nosotros. Ninguna extensión excederá 30 días calendario desde la fecha del acuerdo. Si no respondemos a una *queja* que involucra beneficios dentro de los plazos descritos en esta sección, incluido cualquier acuerdo mutuo de extensión por escrito, su *queja* será resuelta a su favor.

Nuestra respuesta por escrito a su *queja* le presentará otras opciones, si existen, para que el *plan* revise más a fondo su *queja*.

Ninguna *queja* se considerará como recibida por *nosotros* hasta que el *plan* efectivamente reciba la *queja* en la dirección apropiada o el número telefónico mencionado anteriormente en "Cómo y dónde puede presentar una *queja*".

Proceso interno de apelaciones:

¿Qué es una apelación? Una *apelación* es una *queja* formal hecha por usted acerca de una denegación de beneficios, una determinación adversa o una terminación retroactiva de cobertura, todo según se define a continuación:

- Denegación de beneficios:
 - Una decisión del *plan* tomada antes o después de que usted haya obtenido servicios, de denegar la cobertura de un servicio, suministro o medicamento que está específicamente limitado o excluido de la cobertura en esta EOC; o bien
 - Una decisión del *plan* de negar la cobertura por un servicio, suministro o medicamento debido a que usted ya no es elegible para cobertura bajo el *plan*. (Esto significa que usted ya no cumple con los criterios de elegibilidad del plan).
- Determinación adversa: Una decisión del *plan* basada en una revisión de la información proporcionada para negar, reducir, modificar o terminar una admisión, continuación de la *hospitalización de pacientes* o la disponibilidad de cualquier otro servicio de atención médica por no cumplir con los requisitos para cobertura en función de la *necesidad médica*, la pertinencia de un establecimiento de atención médica y el nivel de atención o efectividad. A esto se le conoce como denegaciones de una *necesidad médica* ya que en estos casos el *plan* ha determinado que el servicio no es *médicamente necesario* para usted.
- Terminación retroactiva de la cobertura: una terminación o suspensión retroactiva de la inscripción como resultado de la determinación del *plan* de que usted ha realizado una acción, práctica u omisión que constituye un fraude; o se han adulterado intencionalmente hechos materiales en lo concerniente a los términos del *plan*.

Cómo y dónde puede presentar una apelación:

- La mejor forma de hacerlo es presentar una *apelación* por escrito y enviarla a nuestra dirección por correo

normal o vía fax al 617-897-0805

- También puede entregarla en persona en nuestra oficina. (Consulte las direcciones que se encuentran más adelante en esta sección)
- También puede presentar su *apelación* verbalmente si llama a Servicios para Miembros al 855-833-8120.
- Para las *apelaciones* verbales relacionadas con los servicios de **salud mental** y/o de trastorno por consumo de sustancias, debe llamar al **877-957-5600**.
- Si presenta su *apelación* verbalmente, redactaremos un *resumen* y le enviaremos una copia dentro de las 48 horas posteriores a la recepción (a menos que el límite de tiempo sea extendido por acuerdo mutuo por escrito).

Las *apelaciones* por escrito deben incluir:

- su nombre;
- dirección;
- número de identificación del plan; número de teléfono durante el día;
- descripción detallada de la *apelación* (incluidas fechas relevantes y nombres de *proveedores*);
- cualquier documento pertinente relacionado con su *apelación*, tal como estados de facturación; y
- el resultado específico que usted solicita.

Debe enviar su *apelación* escrita a:

WellSense Health Plan Employer Choice Direct

Attention: Member Appeals

529 Main Street, Suite 500

Charlestown, MA 02129

Attention: Member Appeals

Fax: 617-897-0805

Si desea presentar una *apelación* en persona, puede acudir a cualquiera de nuestras oficinas, cuyas direcciones se encuentran más arriba.

Las *apelaciones* por escrito relacionadas con los servicios de **salud mental** o de trastornos por consumo de sustancias deben incluir la información mencionada anteriormente y se deben enviar a:

Appeals Coordinator

Carelon Behavioral Health

P.O. Box

1856 Hicksville, NY 11802

Teléfono: 877-957-5600

Fax: 791-994-7636

Cuándo presentar una *apelación*: usted puede presentar una *apelación* en cualquier momento dentro de los 180 días siguientes a la fecha de denegación de la cobertura original. Las *apelaciones* recibidas después de 180 días a partir de la fecha de la denegación de la cobertura original no serán revisadas. Le recomendamos presentar su *apelación* lo antes posible.

Acuse de recibo del plan de su *apelación*: Si usted presentó una *apelación*, por escrito, le enviaremos una carta ("acuse de recibo") para informarle que recibimos su *apelación*: Le enviaremos esta carta en un plazo de 5 días hábiles a partir de la recepción de su *apelación*. Si usted presentó su *apelación* verbalmente, el resumen escrito de su *apelación* realizado por el especialista en Apelaciones y Quejas le será enviado dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de su *apelación*. Este resumen servirá tanto como un registro escrito de su *apelación*, como un acuse de recibo. Estos

límites de tiempo pueden extenderse por acuerdo mutuo por escrito entre usted y el *plan*.

Divulgación de expedientes médicos: si su *apelación* requiere que revisemos su expediente médico, usted debe incluir un formulario firmado de autorización de divulgación de expedientes médicos. Este formulario autoriza a los *proveedores* a proporcionarnos su información médica. Debe estar firmado y fechado por usted o su Representante autorizado. (Cuando lo firma un Representante autorizado, se debe proporcionar una constancia adecuada de autorización para divulgar información médica). Si no se incluye un formulario de autorización de divulgación de expedientes médicos junto con su *apelación*, el especialista en Apelaciones le enviará un formulario en blanco de inmediato. Es muy importante que lo llene y nos envíe este formulario para obtener la información médica que necesitamos para abordar su *apelación*. Si no recibimos este formulario en un plazo de 30 días calendario después de recibir su *apelación*, podremos responderla sin haber revisado la información médica relevante. Además, si recibimos el formulario pero su *proveedor* no nos proporciona sus expedientes médicos a tiempo, le solicitaremos acceder a la extensión del límite de tiempo que nos tomaremos para responder su *apelación* (consulte "Plazos para revisión y respuesta de su *apelación*" a continuación). Si no podemos lograr un acuerdo sobre la extensión de tiempo, podremos responder a su *apelación* sin haber revisado la información médica relevante.

Quién revisará su apelación: *las apelaciones* serán investigadas por un especialista en Apelaciones y Quejas. Él o ella también hablará con otros departamentos apropiados y con sus *proveedores*. Todas las decisiones serán tomadas por personas adecuadas que conocen sobre los asuntos relacionados con su *apelación*. Las *apelaciones* relacionadas con determinaciones adversas también serán revisadas por al menos un revisor que sea un profesional activo en la práctica de la atención médica, en la misma especialidad o en una similar, que usualmente trata esa afección médica, que realice el procedimiento o proporcione el tratamiento que sea objeto de su *apelación*. Las decisiones se basarán en los términos de esta E O C (Evidencia de Cobertura); las opiniones de sus *proveedores* tratantes; las opiniones de nuestros revisores profesionales; registros aplicables proporcionados por usted o por *proveedores*; y cualquier otra información relevante disponible para el *plan*.

Plazos para la revisión y la respuesta a su apelación: le enviaremos una respuesta por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su *apelación*. Este período de 30 días calendario se inicia de la siguiente manera:

- Si su *apelación* requiere que revisemos sus expedientes médicos, el período de 30 días calendario no comienza sino hasta que recibamos de usted un formulario firmado de autorización para divulgar información médica.
- Si su *apelación* no requiere que revisemos sus expedientes médicos, el período de 30 días calendario se inicia al siguiente día hábil después de la terminación del período de 3 días hábiles para el procesamiento de consultas a través del Proceso interno de *consultas* si la *consulta* no fue atendida dentro de ese período de tiempo; o el día en que nos notificó que no quedó satisfecho con la respuesta a la *consulta*.

Estos límites de tiempo pueden ser extendidos por mutuo acuerdo por escrito entre usted y nosotros. Ninguna extensión excederá 30 días calendario desde la fecha del acuerdo.

Ninguna *apelación* se considerará como recibida por nosotros hasta que el *plan* efectivamente reciba la *apelación* en la dirección apropiada o el número telefónico mencionado anteriormente en "Cómo y dónde puede presentar una *apelación*".

Las respuestas por escrito a determinaciones adversas que niegan toda o parte de su solicitud de cobertura le explicarán sobre su derecho a solicitar una Revisión externa de parte de una agencia de Revisión externa independiente. Esta agencia tiene un contrato con la Oficina de Protección al Paciente de la Comisión de Políticas de Salud de Massachusetts.

Si no respondemos a su *apelación* dentro de los plazos descritos en esta sección, incluida cualquier extensión mutuamente acordada, por escrito, la *apelación* será resuelta a su favor.

Proceso interno de apelaciones expeditas (rápidas):

¿Qué es una apelación expedita? Una *apelación* expedita es un proceso más rápido para resolver una *apelación*. Este proceso más rápido puede usarse cuando ha habido una denegación de cobertura que involucra servicios inmediatos o

de necesidad urgente. Los tipos de *apelaciones* que son elegibles para el proceso de *apelaciones* expeditas son *apelaciones* relacionadas con un riesgo sustancial de daño grave e inmediato; atención para *paciente hospitalizado*; equipo médico duradero y enfermedad terminal. (Consulte a continuación para obtener información adicional). Las *apelaciones* expeditas no se utilizarán para revisar una denegación de beneficios o rescisión de la cobertura.

Cómo y dónde puede presentar una apelación expedita: puede presentar una *apelación* expedita de la misma manera que presenta una *apelación* estándar. Consulte la sección anterior: "Cómo y dónde puede presentar una apelación".

Revisión y respuesta a su apelación expedita:

- Un riesgo sustancial de daño grave e inmediato: Su *apelación* será una *apelación* expedita si se incluye una certificación firmada por un médico que afirme que, en opinión del médico, el servicio es *médicamente necesario*; negar tal servicio podría crear un riesgo sustancial de *daño grave* para usted y el riesgo de *daño grave* es tan inmediato que la prestación de dichos servicios no debe esperar el resultado del Proceso de *apelación* interna estándar. Esto significa que revisaremos y resolveremos su *apelación* expedita y le enviaremos un aviso por escrito de la decisión dentro de las 72 horas después de recibir esta certificación (a menos que un límite diferente de tiempo, según el detalle a continuación, se aplique a su caso).
- Atención para pacientes hospitalizados: Su *apelación* será una *apelación* expedita si usted es un *paciente hospitalizado* y su *apelación* está relacionada con una determinación adversa de nuestra parte, en la cual indicamos que la atención que reciba como *paciente hospitalizado* ya no es *médicamente necesaria*. Esto significa que revisaremos y resolveremos su *apelación* expedita antes de que le den de alta. Si nuestra decisión continúa negando la cobertura de atención prolongada como *paciente hospitalizado*, le enviaremos un aviso por escrito de la decisión antes de que le den de alta.
- Equipo médico duradero ("DME") necesario para evitar un daño grave: Su *apelación* será una *apelación* expedita si el Plan recibe una certificación firmada del proveedor responsable del tratamiento propuesto que afirme que, en opinión del proveedor: 1) el equipo médico duradero es *médicamente necesario*; 2) una denegación del equipo médico duradero podría crear un riesgo sustancial de daño grave para usted; 3) el riesgo de daño grave es tan inmediato que la provisión del equipo médico duradero no debería esperar el resultado del proceso de *apelación* interna estándar; y 4) el proveedor también debe especificar el daño grave e inmediato que puede producirse por la acción ausente del miembro dentro de un plazo de 48 horas. Además el Plan revertirá automáticamente la denegación inicial del equipo médico duradero dentro de las 48 horas o menos, a la espera de un resultado de la *apelación* interna.
- Enfermedad terminal: Su *apelación* será una *apelación* expedita si usted tiene una enfermedad terminal y presenta una *apelación* para la cobertura de los servicios. (Una enfermedad terminal es probable que cause la muerte dentro de un lapso de 6 meses). Esto significa que le proporcionaremos una resolución por escrito dentro de los 5 días hábiles después de recibir su *apelación*. Si nuestra decisión continúa negando la cobertura, usted puede solicitar una reunión con nosotros para que reconsideremos la denegación. Programaremos la reunión dentro de los 10 días después de recibir su solicitud. Si su médico, después de consultar con el director médico del *plan*, decide que la eficacia del servicio propuesto se reduciría materialmente si no se proporciona a la mayor brevedad, programaremos la audiencia en un plazo de 5 días hábiles. Usted y/o su Representante autorizado pueden asistir a la reunión. Después de la reunión, le daremos un informe por escrito de la decisión.

Si no respondemos a su *apelación* expedita dentro de estos plazos, incluido cualquier acuerdo mutuo de extensión, por escrito, su *apelación* expedita será resuelta a su favor. Además, usted puede tener derecho a buscar recursos en las leyes estatales vigentes; o la sección 502 (a) de ERISA (para *miembros* inscritos a través de un *contrato de grupo* sujeto a ERISA).

Otra información importante:

Quién puede presentar una queja o apelación: Usted puede presentar su propia *queja* o *apelación*. O bien usted puede elegir que otra persona, conocida como Representante autorizado, actúe en su nombre y la presente por usted. Usted debe nombrar a un Representante autorizado por escrito en nuestro formulario titulado "Nombramiento del representante autorizado". (Si usted es un *paciente hospitalizado*, un profesional de atención médica o un representante del hospital puede ser su Representante autorizado sin que usted tenga que llenar este formulario). Un Representante autorizado puede ser un miembro de la familia; un agente de acuerdo a un poder notarial; un agente de atención médica

con un poder de atención médica; un *proveedor de atención médica*; un abogado o cualquier otra persona nombrada por escrito por usted que lo represente en una *queja* o *apelación* específica. Podemos requerir la documentación que comprueba que un Representante autorizado cumple uno de los criterios mencionados.

Reconsideración de una determinación final adversa: El *plan* podría ofrecerle la oportunidad de reconsiderar su decisión de *apelación* final con respecto a una determinación adversa. Podemos ofrecer esto cuando, por ejemplo, la información médica relevante se recibió demasiado tarde para que la revisemos dentro del límite de tiempo de 30 días calendario para una *apelación*; estándar, o no fue recibida pero se espera que esté disponible dentro de un tiempo razonable después de nuestra decisión por escrito sobre su *apelación*. Si usted solicita la reconsideración, debe acordar por escrito un nuevo plazo para la revisión, que no debe exceder 30 días calendario desde el acuerdo de reconsideración de la *apelación*.

Proceso de revisión externa de su apelación: el Proceso de revisión externa le permite tener una revisión formal independiente de una determinación adversa final tomada por nosotros a través de nuestro Proceso interno de apelaciones estándar o el Proceso interno de apelaciones expeditas. Únicamente las determinaciones adversas finales son elegibles para Revisión externa, con dos excepciones: no es necesaria una determinación adversa final si (1) el *plan* no ha cumplido con la fecha límite para el Proceso interno de apelación; o si (2) usted (o su Representante autorizado) presentan una solicitud para una Revisión externa expedita al mismo tiempo que presentan una solicitud para una apelación interna expedita. Para obtener más información, consulte a continuación: Proceso de revisión externa independiente.

Cobertura hasta que se resuelva su apelación: Si su *apelación* involucra la terminación de la cobertura o el tratamiento continuo, la cobertura en disputa permanece vigente por cuenta nuestra hasta la terminación del Proceso interno de apelaciones estándar o el Proceso interno de apelaciones expeditas (sin importar el resultado del proceso) si la *apelación* se presentó de manera oportuna; originalmente, los servicios han sido autorizados por nosotros antes de la presentación de su *apelación* (excepto por los servicios procurados debido a un reclamo de un riesgo sustancial de daño serio e inmediato); los servicios no se suspendieron debido a una exclusión relacionada con un episodio o tiempo específico en esta EOC; y usted continúa inscrito como *miembro*.

Acceso a la información médica: usted tiene derecho a tener libre acceso y copias de la información médica relacionada con su *queja* o *apelación* que está en nuestro poder y bajo nuestro control. Para obtener esta información, comuníquese con el empleado del *plan* que esté coordinando la revisión de su *queja* o *apelación*, o con Servicios para Miembros. Si recibimos o nos basamos en cualquier información nueva o adicional en relación con su *queja* o *apelación*, le proporcionaremos una copia de dicha información de acuerdo con la ley.

Proceso de revisión independiente externa: usted puede impugnar una decisión final de una *apelación* en relación con una determinación adversa. Para hacer esto, usted debe solicitar una Revisión externa de la decisión. Las Revisiones externas las lleva a cabo una organización independiente bajo contrato con la Oficina de Protección al Paciente (OPP, por sus siglas en inglés) de la Comisión de Políticas de Salud de Massachusetts. Las denegaciones de beneficios y rescisiones de cobertura **no** son elegibles para Revisión externa.

Usted puede también presentar una solicitud para una Revisión externa antes de recibir la decisión final de la *apelación* relacionada con una determinación adversa si el *plan* no cumple con la fecha límite para el Proceso interno de apelaciones.

Usted mismo puede solicitar la revisión externa. O puede tener un Representante autorizado, incluido un *proveedor* de atención médica o un abogado, para que le represente durante el proceso de revisión externa.

Cómo solicitar una revisión externa: para solicitar una Revisión externa, usted deberá presentar una solicitud por escrito a la OPP dentro de los 4 meses después de que usted haya recibido, por parte del *plan*, la notificación escrita de la decisión final de la *apelación*. Se adjuntará una copia de los formularios de revisión externa de la OPP y otro tipo de información, junto con la notificación del *plan* sobre su decisión de denegar su *apelación*.

Revisión externa expedita: usted puede solicitar una Revisión externa expedita. Para hacerlo, debe incluir una certificación escrita de un médico que indique que una demora en la prestación o continuación de los servicios de salud que son objeto de la decisión final de la *apelación* representaría un riesgo grave e inmediato a su salud. Si la OPP encuentra que existe tal riesgo grave e inmediato para su salud, su solicitud se calificará como elegible para una Revisión externa expedita.

Puede presentar una solicitud para una Revisión externa expedita (1) al mismo tiempo que presenta una solicitud para una apelación interna expedita, o (2) dentro de los dos días posteriores a la decisión del *plan* de rechazar su apelación interna expedita.

Requisitos para una revisión externa:

- La solicitud debe presentarse en el formulario de solicitud de OPP denominado: "Solicitud de revisión externa independiente de seguro médico". Le enviaremos este formulario cuando le enviemos la carta con la determinación adversa final. También puede obtener copias de este formulario si llama a Servicios para Miembros o a la OPP al 1-800-436-7757, o desde el sitio web de la OPP en: <https://www.mass.gov/how-to/how-to-request-an-external-review-of-a-health-insurance-decision-with-the-office-of-patient>.
- El formulario deberá incluir su firma o la firma de su Representante autorizado, para otorgar permiso para divulgar información médica.
- Si corresponde, debe adjuntar una copia de la decisión final del *plan* sobre la apelación.
- Usted debe incluir el pago de los honorarios de presentación de la OPP.

Si su solicitud de una Revisión externa expedita incluye una determinación adversa final que trate sobre una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua, o servicio de atención médica por el cual recibió servicios de emergencia, pero no fue dado de alta de una institución, OPP considera que dicha solicitud cumple los estándares para una revisión expedita. En esta circunstancia, no es necesaria una certificación de un profesional de atención médica para solicitar una Revisión externa expedita. Es necesaria una certificación de un profesional de atención médica para todas las otras solicitudes de Revisión externa expedita.

Cobertura durante el período de revisión externa: si el objeto de la Revisión externa involucra la suspensión de servicios continuos (*paciente ambulatorio o paciente hospitalizado*), usted puede solicitar a la agencia de Revisión externa que continúe la cobertura del servicio durante el período en que la revisión esté pendiente. Cualquier solicitud de continuación de la cobertura deberá hacerse ante el panel de revisión antes de que termine el segundo día laboral después de que usted reciba la decisión final de su *apelación* por parte del *plan*. El panel de revisión puede solicitar la continuación de la cobertura: si determina que la terminación de la cobertura puede producir un daño sustancial para su salud; o por cualquier otra causa apropiada que el panel de revisión determine. Nos haremos cargo de la continuación de la cobertura, independientemente de la decisión final de la Revisión externa.

Acceso a la información: Usted puede tener acceso a cualquier información médica y a los archivos relacionados con su Revisión externa que estén en nuestro poder o bajo nuestro control.

Proceso de revisión: La OPP someterá a revisión las solicitudes de Revisión externa para determinar si su caso es elegible. Si la OPP determina que su caso es elegible, se le asignará a una Agencia de revisión externa que trabaja con la OPP. La OPP le notificará a usted y al *plan* acerca de la asignación. La Agencia de revisión externa tomará una decisión final. Le enviará la decisión por escrito a usted y al *plan*. Para Revisiones externas no expeditas, la decisión se enviará dentro de los 60 días calendario después de la recepción del caso de parte de la OPP. (Este es el caso, a menos que lo extienda la Agencia de revisión externa). Para Revisiones externas expeditas, la decisión se enviará dentro de los 4 días hábiles después de la recepción del caso de la OPP. La decisión de la Agencia de revisión externa es de cumplimiento obligatorio para el *plan*.

Si la OPP decide que una solicitud no es elegible para Revisión externa, se le notificará dentro de los 10 días hábiles después de la recepción de la solicitud o, en el caso de las solicitudes para Revisión externa expedita, dentro de las 72 horas después de la recepción de la solicitud.

Cómo comunicarse con la Oficina de Protección al Paciente:

Teléfono: 800-436- 7757

Fax: 617-624-5046

Sitio web: www.mass.gov/hpc/opp

Cumplimiento con la ley: El *plan* administra su proceso de satisfacción de miembros de acuerdo con la ley federal y estatal aplicable. Cualquier inconsistencia entre los requisitos estatales y federales se resolverá a favor del *miembro*.

CAPÍTULO 7. SI USTED TIENE OTRA COBERTURA

Coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés):

Programa de COB: En el caso de que usted tenga derecho a los beneficios bajo otros planes de salud que cubran gastos de hospital, médicos, dentales u otros gastos de atención médica, coordinaremos nuestro pago de *servicios cubiertos* con los beneficios bajo estos otros planes. A esto se le conoce como Coordinación de beneficios (COB). El propósito de la COB es evitar la duplicación de pagos por los mismos gastos de atención médica. Nosotros realizamos la COB de acuerdo con las leyes existentes en Massachusetts. (Nota: Con respecto a cómo se coordinan los beneficios con Medicare, nosotros realizamos la COB de acuerdo con la ley federal vigente). Ninguna parte de la COB nos exige pagar los beneficios para los servicios no cubiertos bajo esta EOC.

Otros planes: Los beneficios cubiertos en este *plan* se coordinarán con cualquier otro plan que le brinde beneficios de salud, incluidos:

- planes de beneficios de salud individuales o de grupo ofrecidos por: planes de corporación de servicios médicos u hospitalarios; compañías de seguros comerciales; HMO; PPO; otros planes de pago anticipado; o planes autoasegurados.
- planes dentales asegurados o autoasegurados;
- seguro de automóvil o vivienda;
- seguro personal contra lesiones, incluidas las pólizas de pagos médicos; y
- planes del Gobierno tales como Medicare.

Planes primarios y secundarios: Coordinamos los beneficios al determinar, de acuerdo a las leyes federales o de Massachusetts (según cuál aplique): qué plan tiene que pagar primero (el plan "primario") y qué plan paga después (el plan "secundario"). Siempre seremos el pagador secundario cuando lo permita la ley federal o de MA (según cuál aplique). El plan primario paga sus beneficios sin importar los beneficios del plan secundario. El plan secundario determina sus beneficios después de que lo haga el plan primario y puede reducir sus beneficios tomando en cuenta los beneficios del plan primario. Cuando la cobertura bajo este *plan* es secundaria, no se pagarán beneficios sino hasta después de que el plan primario determine qué se requiere pagar.

Programa Medicare: si usted es elegible para Medicare y si la ley federal permite que Medicare sea el plan primario, la cobertura según este *plan* se reducirá a la cantidad de beneficios que Medicare permita para los mismos *servicios cubiertos*. Esta reducción se realizará ya sea que usted reciba o no los beneficios de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare, pero no se ha inscrito en Medicare, aun así, se aplicará esta reducción.

Colaboración de los miembros: Al inscribirse en este *plan*, usted acepta cooperar con nuestro programa de COB. Esto incluye brindarnos la información sobre cualquier otra cobertura de salud que usted tenga al momento de inscribirse o más adelante, si llega a ser elegible para recibir otros beneficios de salud después de su inscripción. Nosotros podemos solicitarle información, y podemos divulgar la información, para propósitos de: nuestro programa COB; inscripción; y elegibilidad.

Derecho a recuperar pagos en exceso: si pagamos una cantidad mayor de la que debimos haber pagado según la COB, tenemos derecho a recuperar, de usted o de otra persona, organización o compañía de seguro, el monto que pagamos en exceso.

Para obtener más información sobre la COB, llame a Servicios para Miembros.

Los derechos del plan para recuperar pagos de beneficios - Subrogación y reembolso:

Derecho de subrogación: la subrogación es un medio por el cual podemos recuperar el costo de los servicios de atención médica que pagamos en su nombre cuando un tercero (otra persona o entidad) es, o se supone que es, legalmente responsable por su enfermedad o lesión. Usted puede tener derecho legal de recuperar parte o la totalidad de los gastos de su atención médica de una persona o entidad que sea, o se supone que es, responsable de su enfermedad o lesión. Por ejemplo, usted podría tener derecho a recuperar, contra la persona o entidad que causó su lesión o enfermedad

(como una persona que causó su lesión en un accidente automovilístico); su compañía de seguros de responsabilidad (como una compañía de seguros de automóviles, de vivienda o de seguro de compensación al trabajador); o su propia compañía de seguros (como su compañía de seguros de automóvil, que incluye, entre otras, la cobertura de motorista sin seguro y con seguro insuficiente, la cobertura Medpay, protección contra lesiones personales; o su compañía de seguros de alquiler o de propietario). En tal caso, si nosotros pagamos (o vamos a pagar) por servicios de atención médica para tratar su enfermedad o lesión, tenemos derecho a recuperar (recobrar) lo que pagamos, de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones vigentes, en su nombre, directamente de la recuperación recibida de esa persona o entidad (la "recuperación"), independientemente de si esta recuperación se clasifica como pago de gastos médicos, pérdida de salarios, daño moral, pérdida de consorcio o cualquier otro tipo de recuperación. Nuestro derecho a recuperar es hasta el monto total que pagamos o pagaremos por sus servicios de atención médica (sin importar lo que nos facturó su *proveedor* por los servicios). Esto se conoce como el derecho de subrogación del *plan* que se aplica a la recuperación.

Para hacer cumplir nuestro derecho de subrogación de la recuperación, podemos tomar acciones legales, con o sin su autorización, contra cualquier parte para hacer cumplir ese derecho. El derecho de subrogación del *plan* de esa recuperación tiene la primera prioridad. Tenemos derecho a recuperar, contra el monto total de cualquier cantidad de la recuperación, sin importar:

- si la recuperación total es menor a la cantidad necesaria para reembolsarle completamente por su enfermedad o lesión;
- dónde esté el monto recuperado o quién lo tenga;
- cómo se describe o se designa el dinero recuperado; o bien
- si la totalidad o parte de la recuperación está destinada a gastos médicos.

El monto que nos corresponde de la recuperación no podrá reducirse por gastos legales u otros honorarios de abogados en que usted pueda incurrir para recuperar dinero de otra persona o entidad.

Derecho de reembolso: también tenemos derecho de recuperar directamente de la recuperación los costos por atención médica que hayamos pagado (o que pagaremos) si usted ha recibido o podría recibir reembolso por los costos de atención médica (debido a una demanda legal, arreglo extrajudicial u otro), por otra persona o entidad. En este caso, se le solicitará que nos reembolse (nos pague de vuelta), de la recuperación, el costo de la atención médica que pagamos (o que pagaremos) por su enfermedad o lesión. Tenemos derecho al reembolso de la recuperación hasta por el monto de cualquier pago recibido por usted, independientemente de si (a) toda o parte de la recuperación se designó, asignó o caracterizó como pago por gastos médicos; o (b) el pago es por un monto menor que el necesario para reembolsarle en su totalidad por la enfermedad o lesión.

Derechos de retención. También podemos tener derechos de retención bajo la ley de MA sobre cualquier recuperación que usted obtenga. Si es así, usted acepta cooperar completamente con nosotros para ejercer nuestros derechos de retención.

Cesión de beneficios: Al inscribirse en este *plan*, usted acepta cedernos cualquier beneficio al que tenga derecho (hasta un monto igual al de los costos de servicios de atención médica pagados por nosotros) de otra persona o entidad que causó, o que es legalmente responsable de reembolsarle, por su lesión o enfermedad. Su cesión es hasta por el costo de los servicios de atención médica y los suministros y gastos que pagamos o vamos a pagar por su enfermedad o lesión. Ninguna parte de esta EOC deberá interpretarse como una limitación a nuestro derecho de recurrir a todos los instrumentos legales para hacer cumplir nuestros derechos, tal como se establecen en esta sección.

Colaboración de los miembros: Usted está de acuerdo en colaborar con el *plan* para ejercer nuestros derechos tal como están consignados en esta sección. Esta colaboración incluye:

- notificarnos acerca de cualquier evento que pueda dar lugar o afectar nuestro derecho a recuperar, tal como una lesión provocada por un tercero (por ejemplo, un accidente automovilístico) o lesiones relacionadas con el trabajo;
- notificarnos, en un tiempo prudencial, de los eventos significativos que tengan lugar durante la negociación, litigio o arreglo extrajudicial con cualquier tercero (como el caso en que usted inicie un proceso de reclamo,

inicie un proceso judicial o discusiones para llegar a un arreglo) y antes de que usted llegue a un arreglo extrajudicial;

- proporcionarnos la información y documentos que le solicitemos;
- firmar documentos;
- pagarnos oportunamente cualquier monto que usted reciba por servicios que hayamos pagado; y
- otras acciones que determinemos como necesarias y apropiadas para proteger nuestros derechos.

Usted también acepta no hacer nada que limite, interfiera, o perjudique el ejercicio de nuestros derechos tal como están consignados en esta sección. Si usted no colabora como se describe en este capítulo y, como resultado, incurrimos en gastos adicionales (como honorarios de abogados) para hacer cumplir nuestros derechos, usted será responsable ante nosotros de los gastos razonables adicionales que efectuemos para hacer cumplir nuestros derechos.

Nota: Podemos arreglar que un tercero lleve a cabo nuestros derechos en virtud de este capítulo. En tal caso, dicho tercero es nuestro agente para hacer cumplir nuestros derechos.

Compensación al trabajador u otros programas del Gobierno: El *plan* no cubre los servicios de atención médica que están o podrían estar cubiertos por un plan de compensación laboral, otro programa similar del empleador, u otro programa del Gobierno federal, estatal o local. Si el *plan* tiene información de que los servicios que le son brindados a usted están cubiertos por cualquiera de estos planes o programas, suspenderemos el pago de los *servicios cubiertos* hasta que se llegue a una decisión acerca de si el otro plan o programa cubrirá los servicios. Si pagamos los servicios que fueron cubiertos (o que legalmente deberían haber sido cubiertos) por estos otros planes o programas, tenemos derecho a recuperar nuestros pagos de estos otros planes o programas.

CAPÍTULO 8. OTRAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS DEL PLAN

La Oficina del Protección al Paciente: La OPP (Oficina de Protección al Paciente) de Massachusetts pone a disposición de los consumidores cierta información sobre los planes de atención médica. Esta información incluye:

- Evidencia de cobertura, incluidas divulgaciones que se requieren del consumidor.
- Directorios de proveedores.
- Una lista de fuentes de información publicada de forma independiente, que evalúe la *satisfacción de los miembros* y la calidad de los servicios de atención médica ofrecidos por los planes de salud.
- El porcentaje de los médicos que voluntaria e involuntariamente cancelaron contratos con el *plan* y las tres razones más comunes para desafiliación de los médicos.
- El porcentaje de ingresos por concepto de *primas* gastado por el *plan* para prestar servicios de atención médica a los *miembros* para el año más reciente para el que hay información disponible.
- Un informe que detalle, para el año calendario anterior, la cantidad total de:
 - *quejas* presentadas, *quejas* que fueron aprobadas internamente, *quejas* que fueron denegadas internamente; y *quejas* que fueron retiradas antes de la resolución; y
 - *apelaciones externas* y su resolución.

Para comunicarse con la OPP, puede llamar a:

Comisión de Políticas de Salud, Oficina de Protección al
Paciente Teléfono: 1-800-436-7757.

Fax: 617-624-5046

Sitio web: www.mass.gov/hpc/opp

Gestión de utilización: El *plan* tiene un programa UM ('gestión de utilización', por sus siglas en inglés). El propósito del programa UM es administrar los costos de atención médica al revisar si algunos servicios médicos, suministros y medicamentos son *médicamente necesarios*; y están siendo prestados de una manera clínicamente apropiada y con costos mínimos. El programa UM abarca algunas o todas las siguientes condiciones:

Revisión prospectiva (o previa): Se utiliza para evaluar si el tratamiento propuesto es una *necesidad médica*. Esta revisión ocurre antes de que se inicie el tratamiento. Algunos ejemplos son una autorización previa de admisiones electivas para *pacientes hospitalizados*, ciertos especialistas, y ciertos tratamientos y *cirugías* para *pacientes ambulatorios*.

Revisión simultánea a la utilización: Se utiliza para supervisar un tratamiento a medida que se lleva a cabo y determinar cuándo el tratamiento podría ya no ser *médicamente necesario*. Los ejemplos incluyen la revisión continua de una admisión para *pacientes hospitalizados*. (Parte de una revisión simultánea involucra la gestión activa de casos y la planificación del alta del paciente).

Revisión retrospectiva de la utilización: Se usa para evaluar el tratamiento después de que ha sido brindado.

Plazos para las determinaciones:

- Revisión prospectiva no urgente: dentro de los 2 días hábiles posteriores a haber recibido toda la información necesaria, pero no más tarde de 15 días calendario después de la recepción de la solicitud.
- Revisión prospectiva urgente (debe reunir los criterios para que sea urgente): dentro de las 72 horas de recibir la solicitud.
- Revisión simultánea: dentro de las 24 horas de recibir la solicitud.

Usted y su *proveedor* serán notificados sobre las aprobaciones y denegaciones aplicables dentro de los plazos requeridos legalmente. En el caso de una revisión simultánea, el servicio deberá seguir sin responsabilidad para usted hasta que haya sido notificado.

Si se niega su solicitud de cobertura, usted tiene derecho a presentar una *apelación*. Consulte el capítulo 6. Cualquier inconsistencia entre los requisitos estatales y federales legales con respecto a revisiones y decisiones de UM será resuelta a favor del *miembro*.

El programa UM está estructurado para fomentar la atención apropiada. El plan basa todas las decisiones sobre la administración de la utilización solamente en la *necesidad médica* y la relevancia de la atención médica y de los servicios, así como en la existencia de cobertura. El *plan* no compensa al personal de gestión de utilización de servicios sobre la base de la negociación ni incentiva a *proveedores de la red* de servicios para que brinden tipos o niveles de atención inapropiados. Puede comunicarse con nosotros para determinar el estado o el resultado de las decisiones de la revisión de utilización:

- 855-833-8120 (línea gratuita) o use nuestra máquina de TTY al 711
- En relación a los servicios de salud mental o de trastorno por abuso de sustancias: 877-957-5600 (línea gratuita).
- Hay servicios de traducción disponibles (consulte la página 2).

Administración de la atención: El *plan* puede proporcionar a algunos *miembros* que tengan afecciones de salud graves o complicadas con servicios de administración de casos. Ejemplos de condiciones graves son embarazos de alto riesgo o cáncer. Estos servicios son una serie de actividades coordinadas para ayudar a supervisar el progreso del tratamiento del *miembro* y facilitar el uso de una atención médica clínicamente apropiada y con costos mínimos. Los profesionales del *plan* pueden comunicarse con usted y su *proveedor* acerca de los servicios de administración. Esto puede incluir: hablar sobre los planes de tratamiento; establecer metas; facilitar el uso apropiado de recursos; y cuando sea apropiado, sugerir ajustes y tratamientos alternativos.

Plan de IBM (Administración Individual de Beneficios, por sus siglas en inglés): La administración individual de beneficios es un enfoque para administrar la atención de los *miembros* con afecciones médicas graves. En ciertas circunstancias, el *plan* puede aprobar un plan de IBM como un plan de tratamiento alternativo al tratamiento brindado o propuesto actualmente. Este plan alternativo de tratamiento brindará cobertura de servicios adicionales que, de otra forma, *no estarían cubiertos*. El propósito del plan de IBM es permitir que un *miembro* esté cubierto para recibir servicios *médicamente necesarios* en el entorno más apropiado, menos intensivo y con costos mínimos que cubran las necesidades del *miembro*. Se puede desarrollar un plan de IBM si el médico de la *red del miembro* y un *revisor autorizado del plan* están de acuerdo en que se cumplen **todos** los siguientes criterios:

- El *miembro* tiene una afección médica grave y se prevé que requerirá tratamiento médico de largo plazo.
- Los servicios alternativos reemplazan *servicios cubiertos* más costosos que actualmente se están prestando o se han propuesto. (Por ejemplo, los servicios para *pacientes ambulatorios* ocuparán el lugar de una admisión más cara de *pacientes hospitalizados*).
- Los servicios adicionales son *médicamente necesarios*.
- El *miembro* está de acuerdo en recibir los servicios adicionales en sustitución de los *servicios cubiertos* o propuestos.
- El *miembro* continúa mostrando mejoría en su afección. Esto lo determina de vez en cuando un *revisor autorizado del plan*.

El *plan* dará seguimiento a la eficacia y la relevancia del plan de IBM. Podríamos cambiar o terminar el plan de IBM en cualquier momento cuando el *revisor autorizado del plan* determina que el plan de IBM ya no contribuye a una mejoría de la afección del *miembro*, o ya no cumple con los criterios que se describen en esta sección.

Proceso para desarrollar criterios de evaluación clínica y lineamientos:

- El plan tiene: un Comité de Evaluación de Tecnología, Criterios y Política Médica (MPCTAC, por sus siglas en inglés); y un Comité de Farmacia y Terapéutico (P&T, por sus siglas en inglés).
- Estos comités desarrollan o revisan y adoptan lineamientos y criterios de evaluación clínica para: determinar la necesidad médica de los servicios de atención médica y lineamientos de la cobertura de medicamentos; y asegurar una toma de decisiones consistente del plan.
- Al hacerlo, el plan recibe contribución de proveedores internos de la red y/o especialistas externos con experiencia clínica y conocimiento adecuado en el área clínica correspondiente.
- En el proceso de desarrollar o adoptar prácticas de los criterios y lineamientos de revisión clínica, el MPCTAC evalúa tratamientos para determinar que: sean consistentes con principios generalmente aceptados de práctica

médica profesional; sean efectivos; se basen en información objetiva, derivada científicamente y basada en la evidencia en mejorar los resultados de salud; sea legal y congruente con los estándares de acreditación y nacional de la organización.

- El MPCTAC y el P&T, con aportes y recomendaciones de otros comités del plan, proveedores de la red y/o especialistas externos (cuando corresponda), revisan y actualizan periódicamente los criterios y los lineamientos de revisión clínica o según sea necesario. Esta revisión y actualización incorpora estándares actualizados de práctica a medida que se desarrollan nuevos tratamientos, aplicaciones, lineamientos de cobertura de medicamentos y tecnologías.

Los criterios de necesidad médica (MNC) de Carelon, también conocidos como criterios clínicos, se revisan y se actualizan al menos anualmente para garantizar que reflejen los últimos desarrollos en la atención de personas con diagnósticos de la salud del comportamiento. El Comité Corporativo de Administración Médica (CMMC) de Carelon adopta, revisa y aprueba los criterios de necesidad médica por cliente y requisitos regulatorios.

Los criterios de necesidad médica varían según el estado y/o los requisitos contractuales y la cobertura de beneficios de los miembros. Los criterios de necesidad médica de Carelon son los siguientes:

- Criterios de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).
 - La Base de Datos de Cobertura de Medicare (MCD, por sus siglas en inglés) contiene todas las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD, por sus siglas en inglés) y las Determinaciones de Cobertura Local (LCD, por sus siglas en inglés).
- Criterios personalizados.
 - Los criterios personalizados son criterios de necesidad médica específicos del estado y de la red.
- Criterios de Salud del Comportamiento InterQual® de Change Healthcare.
- Criterios de la Sociedad Estadounidense de Medicina de Adicciones (ASAM, por sus siglas en inglés).
 - Los criterios de la Sociedad Estadounidense de Medicina de Adicciones (ASAM) se centran en el tratamiento por consumo de sustancias.
- Criterios de necesidad médica nacional de Carelon

Los proveedores de la red pueden brindar asesoramiento sobre el desarrollo o la adopción de criterios de UM y sobre instrucciones para aplicar los criterios. Estos comentarios y opiniones pueden recibirse a través de la participación de los médicos en comités, solicitudes de revisión del boletín por parte del proveedor, y considerando los comentarios de los médicos que recibieron los criterios para brindar su opinión y comentarios.

Carelon difunde los conjuntos de criterios a través de manuales para proveedores, foros de proveedores, boletines, sitios de Internet y sesiones de capacitación individual. Además, los miembros reciben copias gratuitas a pedido.

En 2019, Carelon comenzó a utilizar los Criterios de Salud del Comportamiento InterQual® de Change Healthcare para la mayor parte de sus miembros para los cuales se administra la utilización. En particular, Change Healthcare emplea un proceso de desarrollo de contenido estandarizado de varios pasos que sintetiza la evidencia científica válida y relevante y las mejores prácticas en el mundo real para garantizar que los criterios reflejen un rigor e integridad clínicos sin precedentes. Change Healthcare utiliza un sistema de vigilancia automatizado que monitorea más de 3,000 sitios y áreas de interés para las directrices recientemente publicadas y actualizadas, además de profundizar las búsquedas de bibliografía combinadas con la validación de paneles de médicos practicantes activos de todas las disciplinas relevantes y que presentan conflictos de intereses.

Programas de administración y mejoramiento de la calidad: El plan desarrolla un plan de trabajo anual de administración y mejoramiento de la calidad diseñado para evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención y el servicio de salud. Estos planes de trabajo pueden variar con el tiempo a fin de abordar diferentes aspectos de la atención; y brindar servicio y responder a prioridades cambiantes. Los programas clínicos del plan pueden incluir:

- adopción y distribución de lineamientos clínicos para ayudar a los proveedores a brindar atención de alta calidad basada en evidencias;
- iniciativas de promoción de la salud para estimular a los miembros a obtener los servicios de atención preventiva;

- programas de educación y manejo de enfermedades que ofrecen servicios de apoyo para miembros y proveedores para enfermedades crónicas;
- acreditación de *proveedores de la red*; y
- procesos de reclamo para abordar las quejas de los *miembros* sobre la calidad de la atención.

Proceso para evaluar tratamientos experimentales o de investigación: dado que el plan no cubre tratamiento experimental o de investigación, el *plan* evalúa si un servicio, tratamiento, procedimiento, suministro, dispositivo, producto biológico o medicamento es un *tratamiento experimental o de investigación para la indicación solicitada*. El plan hace esto al revisar los documentos pertinentes relacionados con el servicio propuesto, tales como los documentos de consentimiento informado; y revisar la “evidencia con autoridad”, tal y según la definición de *tratamientos experimentales o de investigación* (como se indica en el Apéndice A de esta EOC). El plan tiene en cuenta todo lo siguiente:

- El tratamiento debe tener una aprobación final de los organismos reguladores gubernamentales apropiados (como la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos o FDA) o cualquier otro organismo gubernamental con autoridad para regular la tecnología. Esto se aplica a medicamentos, productos biológicos, aparatos u otros productos que necesitan tener una aprobación final para ser comercializados.
- La “evidencia con autoridad” tal como se define en la definición de carácter experimental o de investigación debe permitir establecer conclusiones acerca del efecto del tratamiento sobre los resultados de salud.
- El tratamiento debe mejorar el resultado total de la salud y demostrar que compensa cualquier efecto dañino.
- El tratamiento debe ser tan beneficioso como cualquier alternativa establecida.
- El resultado debe poder obtenerse fuera de un ambiente de investigación.

Proceso para evaluar y determinar la nueva tecnología: A medida que se desarrollan nuevas tecnologías médicas, o cuando aparecen nuevos usos para tecnologías existentes, el *plan* evalúa si los incluye como un *servicio cubierto*.

Algunos ejemplos son: terapias médicas y conductuales, dispositivos, procedimientos quirúrgicos, diagnóstico y medicamentos. El proceso de evaluación de la tecnología se aplica tanto al desarrollo y la adopción de nuevos criterios de revisión clínica como a la actualización de los criterios existentes incluidos en las políticas médicas del plan, las políticas de farmacia del plan, los criterios adoptados por el plan (por ejemplo, los criterios InterQual de Change Healthcare) y los criterios utilizados por los proveedores clínicos asociados del plan. El personal médico del plan realiza un proceso de evaluación basado en evidencias. El propósito es evaluar la seguridad y efectividad de la nueva tecnología. Este proceso incluye:

- consultas con médicos expertos que tienen experiencia en la nueva tecnología; e
- investigación y revisión de: literatura médica revisada y publicada por colegas; informes de las agencias gubernamentales apropiadas; y políticas y normas de asociaciones médicas y sociedades de especialidades reconocidas nacionalmente.

El personal presenta propuestas a los comités apropiados de política clínica interna para su revisión. Estos comités, a su vez, presentan recomendaciones al comité de gestión clínica interna responsable de tomar las decisiones de cobertura final. Los proveedores clínicos asociados del plan son delegados para llevar a cabo la gestión de la utilización en nombre de los miembros del plan. Los criterios de revisión clínica desarrollados a partir de proveedores clínicos asociados y otros criterios adoptados por el plan (por ejemplo, los criterios de InterQual) se desarrollan utilizando estándares de atención publicados y generalmente aceptados, con base científica y evidencia científica objetiva y creíble publicada en literatura médica o clínica revisada por pares, y/o revisando estudios observacionales correspondientes a la nueva tecnología o nuevas aplicaciones de una tecnología existente para establecer criterios de revisión clínica por escrito utilizados para hacer determinaciones de necesidad, con verificación del plan de que se cumplen los estándares de calidad.

Desacuerdo con el tratamiento recomendado por proveedores de la red de servicios: cuando usted se inscribe en el *plan*, acepta que los *proveedores de la red* son responsables de decidir el tratamiento apropiado para usted. Algunos *miembros* pueden, por razones personales o religiosas, estar en desacuerdo con el tratamiento recomendado; negarse a seguir el tratamiento recomendado; o procurar tratamiento (o condiciones de tratamiento) que los *proveedores* de la red consideren que no cumplen con los estándares profesionales generalmente aceptados de atención médica. En tales casos, usted tiene derecho de negarse a recibir el tratamiento de un *proveedor de la red*; sin

embargo, el *plan* no tiene obligación de brindar cobertura para la atención en cuestión. Si usted busca atención de *proveedores que no pertenecen a la red* por esta diferencia de opiniones, usted será responsable del costo y el resultado de dicha atención. (Para la cobertura de segundas opiniones, consulte el capítulo 3). Los *miembros* tienen el derecho a presentar una *apelación* con respecto a las decisiones de cobertura. (Consulte el Capítulo 6 - Proceso de satisfacción de miembros.)

Incentivos de calidad: el *plan* puede, eventualmente, ofrecer a algunos o todos los *miembros* ciertos incentivos para fomentar mejoras en el estado de salud y la calidad de la atención médica. Los ejemplos incluyen los beneficios adicionales, eximición de *copagos*; y tarjetas de recompensa. Si le ofrecemos dichos incentivos, le notificaremos acerca de los mismos: es posible que le enviemos una carta y/o nosotros podemos publicar el aviso en nuestro sitio web.

Divulgación de información médica protegida: el *plan* tiene el fuerte compromiso de proteger la confidencialidad de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés); y utilizarla y divulgarla únicamente de acuerdo con la ley vigente. El *plan* les entrega a los *miembros* un Aviso de prácticas de privacidad que se puede encontrar a continuación bajo el título "Aviso de prácticas de privacidad". En este Aviso se describe de qué forma el *plan* utiliza y revela su PHI. También describe los derechos que usted tiene con respecto a su PHI. Llame a Servicios para Miembros para obtener copias adicionales de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Facturas de los proveedores:

Facturas de los proveedores de la red: cuando recibe *servicios cubiertos* de *proveedores de la red*, usted no debe recibir ninguna factura de ellos (que no sea por un *costo compartido* aplicable). Los *proveedores de la red* le facturarán al *plan* los *servicios cubiertos* que le fueron brindados a usted. El *plan* pagará a los *proveedores de la red* por los *servicios cubiertos*. Si usted recibe una factura por cualquier monto que no sea el *costo compartido*, llame a Servicios para Miembros.

Facturas de proveedores que no pertenecen a la red: si usted recibe *servicios cubiertos* de un *proveedor que no pertenece a la red* por cualquiera de las razones descritas en "Atención por parte de proveedores que no pertenecen a la red" en el capítulo 2, puede recibir una factura de ese *proveedor*. Si usted recibe una factura del *proveedor que no pertenece a la red*:

- Solicite al *proveedor* que envíe la factura al *plan* en un formulario estándar de reclamo de atención médica a: WellSense Health Plan Employer Choice Direct, P.O. Box 55282, Boston, MA 02205-5282
- Si usted pagó al *proveedor que no pertenece a la red* por estos servicios, nosotros le reembolsaremos, de conformidad con su Esquema de Beneficios y los términos de esta EOC (Evidencia de Cobertura), si consideramos que son *servicios cubiertos*. (Consulte el capítulo 2 relacionado con el pago hasta el *monto autorizado*). Para procesar su reembolso, usted debe proporcionarnos su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, su número de identificación del *plan* (consulte la tarjeta de identificación de *miembro*); la fecha en que se le proporcionó la atención, una breve descripción de la enfermedad o lesión, una copia de la factura del *proveedor* a usted, y un *recibo del proveedor* como prueba de pago. Envíe las solicitudes de reembolso a:

WellSense Health Plan Employer Choice Direct

529 Main Street, Suite 500

Charlestown, MA 02129

Attention: Member Services

Teléfono: 855-833-8120;

Fax: 617-748-6132

Nota: En algunos casos, podríamos necesitar más información de usted o del *proveedor* antes de pagar el reclamo. Si es así, nos comunicaremos con usted o con el *proveedor*. Llame a Servicios para Miembros si tiene más preguntas.

Límites de tiempo para los reclamos: para que nosotros le reembolsemos a usted por *servicios cubiertos*, debemos recibir

su reclamación en un plazo de 6 meses después de que usted reciba la atención médica.

Pagos de primas: su *grupo* debe pagar la correspondiente *prima* al *plan*. El *plan* no es responsable si el *grupo* no paga la *prima* para su cobertura. Si el *grupo* no nos paga la *prima* a tiempo, su afiliación al *plan* puede cancelarse de acuerdo con el contrato del *plan* con su *grupo* y la ley vigente. El *plan* puede cambiar la *prima* que el *grupo* tiene que pagar. Esto se realizará de acuerdo con las políticas y leyes vigentes del *plan*.

Limitaciones sobre las acciones: usted deberá completar el Proceso interno de satisfacción del miembro antes de que pueda iniciar un proceso legal contra el *plan* por no pagar por *servicios cubiertos*. Cualquier proceso legal se deberá iniciar dentro de los 2 años desde que surgió la causa del proceso.

Relación entre WellSense y los proveedores: *WellSense* hace arreglos para brindar servicios de atención médica. No brinda servicios de atención médica. *WellSense* tiene contratos con las organizaciones que tienen contratos con *proveedores de la red* y con los *proveedores de la red*, incluidos los *proveedores de la red* que ejercen en sus consultorios privados a lo largo del *área de servicio*. Estos *proveedores* son independientes. Ellos no son empleados, agentes o representantes de *WellSense*. Los *proveedores de la red* de servicios no están autorizados por *WellSense* para hacer ningún cambio en esta EOC o para crear alguna obligación para *WellSense*. *WellSense* no es responsable de declaraciones sobre esta EOC hechas por los *proveedores de la red* o sus empleados o agentes. *WellSense* tampoco es responsable por cualquier acto, omisión, representación o cualquier otra conducta de los *proveedores de la red*. *WellSense* puede cambiar sus arreglos con los *proveedores de la red*, incluido añadir o eliminar *proveedores* de su *red*, sin necesidad de notificar previamente a los *miembros* (excepto en los casos especificados en esta EOC).

Aviso: El plan enviará todos los avisos que se le exige enviar a los miembros a la última dirección del miembro que el plan tenga registrada. Si se muda, le agradeceremos notificarnos su nueva dirección. Los *miembros* deben enviar un aviso al *plan* a la siguiente dirección:

WellSense Health Plan, Inc.
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129
Attention: Member Services

Circunstancias fuera del control razonable del plan: El *plan* no es responsable de una demora o incumplimiento de sus obligaciones según esta EOC en circunstancias fuera de su control razonable. Estas circunstancias pueden incluir: revueltas públicas, guerra, epidemia, huelga, insurrección civil, desastres naturales, destrucción de oficinas del *plan* u otros desastres importantes. En tales casos, llevaremos a cabo un esfuerzo de buena fe para hacer los arreglos para prestar servicios de atención médica y llevar a cabo nuestras responsabilidades administrativas. Sin embargo, no somos responsables por los costos u otros resultados de nuestra incapacidad de ejecutar.

Cumplimiento de los términos: El *plan* puede optar por renunciar a algunas condiciones de esta EOC. Si lo hacemos, esto no significa que estemos renunciando a nuestros derechos de aplicar estas condiciones en un futuro.

Subcontratación: De vez en cuando, el *plan* puede subcontratar a otras entidades para ejecutar algunas de sus obligaciones bajo esta EOC.

Esta EOC/Cambios a esta EOC: esta EOC es emitida y efectiva para todos los miembros a partir de la fecha que aparece en la portada. La EOC consiste en este documento y el correspondiente Esquema de Beneficios. Esta EOC sustituye (reemplaza) a todas las EOC emitidas previamente por el *plan*. Esta EOC es un contrato entre usted y el *plan*. Este contrato consiste en: este documento; el correspondiente Esquema de Beneficios, su formulario de inscripción; y cualquier enmienda, complementos o anexos adicionales hechos a este documento. Al firmar y devolver su formulario de solicitud de inscripción o al pagar las contribuciones de *prima* vigentes, usted solicita la cobertura bajo el *plan* y acepta todos los términos y condiciones de esta EOC.

Si hubiera necesidad de cumplir con cambios en las leyes federales o estatales, el *plan* puede cambiar esta EOC, sin

avisarle a usted anticipadamente. Si necesitamos hacer otros cambios materiales, le enviaremos un aviso por escrito según lo requiere la ley. Los cambios no requieren su consentimiento. Los cambios se aplicarán a todos los *miembros del plan* en el paquete de beneficios correspondiente, no solo a usted. Los cambios se aplicarán a todos los *servicios cubiertos* recibidos durante o después de la fecha de entrada en vigor del cambio.

Visite nuestro sitio web en wellsense.org para obtener la versión más actualizada de esta EOC (Evidencia de Cobertura).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE CON ATENCIÓN ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con nuestro Centro de atención de Servicios para Miembros de WellSense.

Planes de salud calificados que incluye miembros de Connector Care: 855-833-8120, TTY: 711

Miembros de Commonwealth Choice/Employer Choice: 877-492-6967, TTY: 711

WellSense Health Plan

529 Main Street, Suite 500

Charlestown, MA 02129

Sitio web: wellsense.org

En este Aviso se describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y para otros propósitos que están permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para obtener acceso y controlar su información médica.

La "información médica protegida" o "PHI" es información de salud, incluida la información que lo identifique individualmente, relacionada con su afección médica conductual o física, que se usa para proporcionarle atención médica o para el pago de servicios de atención médica.

Por ley, estamos obligados a:

Mantener la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida.

- Entregarle este Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Cumplir con las prácticas de este Aviso.

Usamos resguardos físicos, electrónicos y de procedimientos para proteger su privacidad. Incluso cuando está permitida la divulgación de PHI, solo divulgamos PHI en la mínima cantidad necesaria para el propósito permitido.

Aparte de las situaciones mencionadas en este Aviso, no podemos usar o compartir su información médica protegida sin su permiso por escrito y usted puede cancelar su permiso en cualquier momento si nos envía un aviso por escrito. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y poner en vigor el aviso revisado para su PHI actual o futura. Tiene derecho a una copia del Aviso actualmente vigente.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Para tratamiento: podemos comunicar su PHI a médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otro personal que participe en su atención y que necesite la información para proporcionarle la atención médica. Por ejemplo, si está siendo tratado por una lesión de la espalda, podemos compartir información con su proveedor de atención primaria, el especialista en espalda y el fisioterapeuta para que puedan determinar el tratamiento adecuado para usted. También registramos las acciones que tomaron y los reclamos médicos que hicieron. Otros ejemplos de cuándo podemos revelar su PHI incluyen:

- Programas de mejora de la calidad y de contención de costos, programas de bienestar, iniciativas de salud preventiva, programas de detección temprana, iniciativas de seguridad y programas de manejo de enfermedades.
- Para administrar modelos de atención eficaces y económicos basados en la calidad, como compartir información con los proveedores médicos acerca de los servicios que recibe para asegurar la coordinación de una atención efectiva y de alta calidad.

Para pago: podemos usar y divulgar su PHI para administrar sus beneficios de salud, lo que puede incluir el pago de

reclamos, actividades de revisión de la utilización, determinación de elegibilidad, revisión de necesidad médica, coordinación de beneficios y apelaciones. Por ejemplo, podemos pagar reclamos que nos haya enviado un proveedor u hospital.

Para operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su PHI para apoyar nuestras actividades comerciales normales. Por ejemplo, podemos usar su información para administración de atención, servicio al cliente, coordinación de la atención o gestión de calidad.

Recordatorios de citas/Alternativas a tratamientos/Beneficios y servicios relacionados con la salud: podemos contactarle para entregarle recordatorios de surtidos o citas, o información acerca de posibles opciones o alternativas de tratamiento y otros beneficios relacionados con la salud, o servicios que podrían interesarle.

Según lo exige la ley: Divulgaremos su PHI cuando una ley internacional, federal, estatal o local nos lo exija.

Socios comerciales: podemos divulgar PHI a nuestros socios comerciales que realicen funciones en nuestro nombre o presten servicios si la PHI es necesaria para esas funciones. Todos nuestros socios comerciales están obligados, bajo contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su PHI.

Médicos forenses, legistas y agentes funerarios: Podemos divulgar su PHI a médicos forenses, médicos legistas agentes funerarios para propósitos de identificación y, según sea necesario, para ayudarles a cumplir con sus obligaciones consistentes con las leyes vigentes.

Instalaciones correccionales: Si usted es o se convierte en un recluso en una instalación correccional, podemos comunicar su PHI a la instalación correccional o a sus agentes, según sea necesario, para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.

Ayuda para catástrofes: Podemos comunicar PHI a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique que esté involucrado directamente en su atención médica o relacionado con el pago de su atención. Por ejemplo, podríamos tener que comunicar su PHI para ayudar a notificar a familiares sobre su ubicación o estado general.

Familia y amigos: Podemos comunicar PHI a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique que esté involucrado directamente en su atención médica o relacionado con el pago de su atención.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): Podemos divulgar a la FDA, o a personas bajo la jurisdicción de la FDA, su PHI en la medida en que se relacione con eventos adversos con medicamentos, alimentos, suplementos y otros productos e información de publicidad y marketing para apoyar retiros de productos, reparaciones o reemplazos.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos comunicar su PHI a agencias federales o estatales de supervisión de la salud autorizadas para supervisar el sistema o programas gubernamentales de atención médica, o quienes tienen contratos con ellos, para actividades autorizadas por ley, auditorías, investigaciones, inspecciones y propósitos de emisión de licencias.

Cumplimiento de la ley: podemos divulgar su PHI a pedido de un oficial del cumplimiento de la ley, en respuesta a una orden judicial, citación o proceso similar válidos.

Demandas y disputas: Si usted es parte de una demanda o disputa, podemos comunicar su PHI en respuesta a una orden administrativa o del tribunal. También podemos comunicar su PHI debido a una citación u otro proceso legítimo, sujeto a todos los requisitos legales vigentes.

Militares, veteranos, seguridad e inteligencia nacional: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI a solicitud de las autoridades de los comandos militares. Es posible que otras autoridades del Gobierno nos pidan que divulguemos su PHI por razones de seguridad.

Menores: Podemos divulgar PHI de niños menores a sus padres o tutores a menos que tal divulgación esté prohibida por ley.

Donación de tejidos y órganos: si usted es un donante de tejidos u órganos, podemos usar o divulgar su PHI a organizaciones que manejen la obtención o trasplantes de órganos (como bancos de órganos), según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos.

Representante personal: si tiene un representante personal, como un tutor legal (o un albacea o administrador de su patrimonio después de su muerte), trataremos a esa persona como si fuese usted con respecto a la divulgación de su PHI.

Salud y seguridad pública: Podemos comunicar su PHI por actividades de salud pública. Esto incluye divulgaciones para: (1) prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad; (2) informar nacimientos y fallecimientos; (3) informar abuso o descuido hacia menores; (4) una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad puede estar en riesgo de contraer o contagiar la enfermedad o afección; y (5) la autoridad gubernamental pertinente si creemos que una persona ha sido víctima de abuso, descuido o violencia doméstica y la persona acepta o si estamos obligados por ley a realizar esa divulgación; o (6) cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.

Investigación: Podemos usar y divulgar su PHI para efectos de investigación, pero solo lo haremos si la investigación ha sido específicamente aprobada por una junta de revisión institucional o una junta de privacidad que haya evaluado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de su PHI. Incluso sin aprobación especial, podemos permitir que los investigadores miren PHI para permitirles preparar la investigación, por ejemplo, para permitirles identificar personas que podrían ser incluidas en su proyecto de investigación, siempre y cuando no borren ni copien PHI. Podemos usar y divulgar un conjunto de datos limitados que no contengan información que lo identifique inmediatamente para investigación. Pero solo divulgaremos el conjunto de datos limitado si celebramos un acuerdo de uso de los datos con el receptor que debe aceptar (1) usar el conjunto de datos solo para los propósitos para los que fueron entregados; (2) garantizar la seguridad de los datos; y (3) no identificar la información ni usarla para contactar a ningún individuo.

Compensación a los trabajadores: Podemos usar o divulgar PHI para compensación de trabajadores o programas similares que entregan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN QUE LE DEMOS UNA OPORTUNIDAD DE EMITIR UNA OBJECCIÓN Y EXCLUIRSE

Recaudación de fondos: podemos usar su PHI en un esfuerzo por recaudar dinero. Si no quiere que lo contactemos para recolectar fondos, puede hacerlo si nos lo notifica por escrito con una carta dirigida al oficial de privacidad de WellSense Health Plan.

PROTECCIONES ESPECIALES PARA INFORMACIÓN DE VIH, ABUSO DE ALCOHOL Y DE SUSTANCIAS, SALUD MENTAL E INFORMACIÓN GENÉTICA

Existen protecciones de privacidad especiales para información relacionada con VIH, abuso de sustancias y alcohol, salud mental e información genética que requieren su permiso escrito y por lo tanto algunas partes de este Aviso de Prácticas de Privacidad pueden no aplicarse a estos tipos de PHI más restringidos.

SUS DERECHOS CON RELACIÓN A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Derecho de acceso y copia: Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI. Para hacerlo, debe presentar una solicitud por escrito al oficial de privacidad de WellSense Health Plan. Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros, usualmente dentro de 30 días, y podemos pedirle que pague una tarifa para cubrir los costos de entregarle esa PHI, y cierta información que puede no estar fácilmente disponible antes del 1 de julio de 2002. Podemos rechazar su petición de inspección y copia en ciertas circunstancias limitadas.

Derecho a una copia electrónica de la PHI: Tiene derecho de exigir que una copia electrónica de su información médica se le entregue o le sea transmitida a otro individuo o entidad si es fácil de generar. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de la labor asociada con la transmisión del registro electrónico.

Derecho a obtener una notificación de violación de seguridad: Debemos notificarle por medio de correo de primera clase acerca de cualquier violación de seguridad a su PHI sin seguridad tan pronto como sea posible, pero a más tardar en 60 días después de que descubramos la violación de seguridad. "PHI sin seguridad" es la PHI que no se ha vuelto inutilizable o ilegible. La notificación le brindará la siguiente información:

- una breve descripción de lo que sucedió, la fecha de su incumplimiento y la fecha en que se descubrió;
- los pasos que puede dar para protegerse de daño potencial por la violación de seguridad;
- los pasos que estamos dando para investigar el incumplimiento, mitigar pérdidas y brindar protección contra futuras violaciones; y
- la información de contacto donde puede hacer preguntas y obtener información adicional.

Derecho de corregir: Si cree que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que corriamos su PHI. Debe solicitar la corrección por escrito al oficial de privacidad de WellSense Health Plan e incluir una razón que apoye su solicitud. En ciertos casos podemos rechazar su pedido de correcciones, pero le comunicaremos la razón dentro de 60 días. Por ejemplo, podemos rechazar una petición si no fuimos nosotros quienes creamos la información o si tenemos información actual que nos hace creer que la información es correcta.

Derecho a un informe de divulgaciones: Tiene derecho a pedir un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su PHI para la mayoría de los propósitos que no son tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El derecho a recibir informes está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones. Para obtener un informe, debe enviar su petición por escrito a la oficina de privacidad de WellSense Health Plan. Entregaremos un informe por año de forma gratuita, pero podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo, si envía otra petición de informe dentro de los 12 meses. Debe mencionar un período de tiempo que no puede ser mayor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, al Oficial de privacidad de WellSense Health Plan, una restricción o limitación a nuestro uso o divulgación de su PHI. Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar su petición. Si aceptamos, acataremos su petición a menos que se necesite la PHI para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Derecho a pedir comunicación confidencial: Tiene derecho de pedir que nos comuniquemos con usted acerca de temas médicos solamente por escrito o en una residencia o casilla de correo diferente. Para solicitar una comunicación confidencial, debe llenar y presentar una Solicitud de comunicación confidencial al oficial de privacidad de WellSense Health Plan. Su petición deberá especificar cómo o dónde desea ser contactado. Admitiremos todas las solicitudes razonables.

Derecho al aviso de prácticas de privacidad: Tiene derecho a recibir una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento que lo solicite.

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

Para ejercer sus derechos como se describe en este Aviso, envíe su petición por escrito a nuestro oficial de Privacidad a la dirección mencionada en este Aviso.

Ayuda para preparar documentos escritos: WellSense Health Plan le brindará ayuda en la preparación de cualquiera de las solicitudes explicadas en este Aviso que deban presentarse por escrito. Esto no tendrá costo para usted.

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES |

Otros usos y divulgaciones de la PHI: Obtendremos su autorización escrita antes de usar o divulgar su PHI para propósitos que no sean aquellos mencionados anteriormente (o que sean permitidos por ley). Puede revocar esa autorización en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de usar o divulgar su PHI, salvo en la medida en la que ya hemos tomado acción en función de la autorización.

Nunca venderemos su información de salud ni usaremos su información de salud para propósitos de publicidad y marketing o para ofrecerle servicios o productos que no estén relacionados con su cobertura de atención médica o su estado de salud sin su autorización escrita.

Cumplimiento de las leyes estatales y federales: **Si se aplica más de una ley a este Aviso, cumpliremos con la ley más estricta. Puede tener derechos adicionales bajo la ley del estado, y protegeremos su información médica como lo exigen estas leyes estatales.**

Quejas: **Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar un reclamo en nuestra oficina, comuníquese con:**

Privacy Officer
WellSense Health Plan
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129

O puede llamar a esta oficina al 617-748-6325.

También podrá notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS). Envíe su queja a:

Medical Privacy, Complaint Division Office
for Civil Rights (OCR)
United States Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington D. C., 20201.

También puede llamar al número de la línea directa por voz de la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) al (800) 368-1019 o enviar la información a su dirección de Internet, www.hhs.gov/ocr.

WellSense Health Plan no tomará represalias contra usted si presenta una queja acerca de nuestras prácticas de privacidad, ya sea ante la OCR o WellSense Health Plan.

Aviso sobre no discriminación y accesibilidad

WellSense Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, orientación sexual, dominio limitado del idioma inglés o motivos morales o religiosos (incluido, entre otros, no brindar cobertura de servicios de asesoría o derivación). WellSense Health Plan ofrece:

- ayudas y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, como: TTY, intérpretes de lenguaje de señas calificados, información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos) y
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otro idioma.

Póngase en contacto con WellSense si necesita alguno de los servicios enumerados anteriormente. Si cree que no hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado de otra manera sobre la base de cualquiera de los identificadores enumerados anteriormente, puede presentar una queja o solicitar ayuda para hacerlo en:

Civil Rights Coordinator
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129
Teléfono: 855-833-8120

(TTY/TDD 711)
Fax: 617-897-0805

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el DHHS de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles por correo, por teléfono o en línea en:

U.S. Dept. of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Hay formularios de queja imprimibles disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Aviso: Leyes de igualdad de salud mental de Massachusetts
y Ley Federal de Paridad de Salud Mental y Equidad de las Adicciones (MHPAEA, por sus
siglas en inglés)**

Este Aviso le proporciona información acerca de los beneficios de su *plan* para los servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias. De acuerdo con las leyes de Massachusetts y las leyes federales, los beneficios del *plan* para servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias deben ser equiparables a los beneficios para los servicios médicos y quirúrgicos. Esto significa que su *costo compartido* (*copagos, coseguro y deducibles*) para los servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias deben estar en el mismo nivel en cuanto a servicios médicos y quirúrgicos. Además, la revisión y autorización del *plan* de los servicios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias se deben manejar en una manera que sea equiparable a la revisión y autorización de servicios médicos y quirúrgicos.

El *plan* coordina con *Carelon* para administrar los servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias para sus miembros, *incluida la revisión y autorización de estos servicios y apelaciones para miembros*. Si *Carelon* toma la decisión de negar o reducir la autorización de un servicio, *Carelon* le enviará una carta en la que se explicará el motivo de la denegación o la reducción. *Carelon* también le enviará a usted o a su *proveedor* una copia de los criterios utilizados para tomar esta decisión, a su solicitud.

Si usted considera que el *plan* o *Carelon* no está manejando sus beneficios para servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias de la misma manera que para los servicios médicos y quirúrgicos, puede presentar una queja en la Sección de Servicios al Consumidor de la DOI (División de Seguros).

Usted puede presentar un reclamo por escrito mediante el uso de un formulario de Reclamos de Seguros de DOI. Puede solicitar el formulario por teléfono o por correo o encontrarlo en la página web de la DOI en:
<http://www.mass.gov/ocabr/consumer/insurance/file-a-complaint/filing-a-complaint.html>.

También puede presentar una queja en la DOI por teléfono si llama al 877-563-4467 o 617-521-7794. Si usted presenta una queja por teléfono, debe darle seguimiento por escrito e incluir su nombre y dirección, la naturaleza de su reclamación y su firma para autorizar la divulgación de cualquier información.

Presentar un reclamo por escrito en la DOI no es lo mismo que presentar una *apelación* en *Carelon* bajo su plan de beneficios. Para poder revisar una denegación o reducción en la cobertura de un servicio de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias, usted debe presentar una *apelación* en *Carelon*. (Consulte el capítulo 6 de esta EOC

[Evidencia de Cobertura] para obtener más información sobre la presentación de una *apelación*). Esto puede ser necesario para proteger su derecho a la cobertura de continuación del tratamiento mientras espera una *decisión sobre la apelación*. Siga los procedimientos de *apelación* descritos en el capítulo 6 de esta EOC. O llame a Carelon sin costo al 1-877-957-5600 para obtener más información sobre cómo presentar una *apelación*.

APÉNDICE A: DEFINICIONES

Los términos que en esta EOC aparecen con letra cursiva tienen los siguientes significados:

Aborto: Cualquier tratamiento médico destinado a inducir la terminación o terminar, un embarazo clínicamente diagnosticable, excepto con el propósito de producir un parto vivo; siempre que el "aborto" no incluya brindar atención relacionada con un aborto espontáneo.

Acreditación: Una determinación escrita de la Oficina de Atención Administrada de Cumplimiento.

Actividades de la vida diaria: Actividades realizadas como parte de la vida diaria normal. Algunos ejemplos son: bañarse, comer, beber, caminar, vestirse, hablar y mantener la seguridad y la higiene personal. Estos no incluyen funciones especiales, necesarias para propósitos ocupacionales o deportes.

Administración de casos: un conjunto coordinado de actividades realizadas para la administración de afecciones médicas graves, complejas o crónicas de un paciente individual.

Afección médica de emergencia: una emergencia se refiere a una afección médica, ya sea física, conductual, trastorno mental o relacionado con el consumo de sustancias, que se manifiesta a través de síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso que, en la ausencia de una atención médica inmediata, una persona prudente y no profesional y que posee un conocimiento promedio de salud y medicina podría determinar razonablemente que pondría la salud de un *miembro* o de otra persona, o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer y de su hijo no nacido, en serio peligro, o causaría un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o con respecto a una mujer embarazada tal y como se define en la sección 1867(e)(1)(B) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. sección 1395dd(e)(1)(B).

Año de beneficios: el año de beneficios es el período anual durante el cual:

- los beneficios se compran y se administran;
- se calculan deducibles, coseguro, copagos y el máximo de desembolso directo; y
- se aplican los límites de beneficios correspondientes.

Consulte el capítulo 1 para obtener más información acerca de los *años de beneficios*.

Apelación: un reclamo formal presentado por usted acerca de una denegación de beneficios, una determinación adversa o una terminación retroactiva de cobertura, todo según se define a continuación:

- Denegación de beneficios:
 - Una decisión del *plan* tomada antes o después de que usted haya obtenido servicios, de denegar la cobertura de un servicio, suministro o medicamento que está específicamente limitado o excluido de la cobertura en esta EOC; o bien
 - Una decisión del *plan* de negar la cobertura por un servicio, suministro o medicamento debido a que usted ya no es elegible para cobertura bajo el *plan*. (Esto significa que usted ya no cumple con los criterios de elegibilidad del plan).
- Determinación adversa: Una decisión del *plan* basada en una revisión de la información proporcionada para negar, reducir, modificar o terminar una admisión, continuación de la *hospitalización de pacientes* o la disponibilidad de cualquier otro servicio de atención médica por no cumplir con los requisitos para cobertura en función de la *necesidad médica*, la pertinencia de un establecimiento de atención médica y el nivel de atención o efectividad. A esto se le conoce como denegaciones de una *necesidad médica* ya que en estos casos el *plan* ha determinado que el servicio no es *médicamente necesario* para usted.
- Terminación retroactiva de la cobertura: una terminación o suspensión retroactiva de la inscripción como resultado de la determinación del *plan* de que usted ha realizado una acción, práctica u omisión que constituye un

fraude; o se han adulterado intencionalmente hechos materiales en lo concerniente a los términos del *plan*.

Área de servicio: El área geográfica en la cual se localiza la *red de proveedores*. Ingrese al sitio web del *plan* en wellsense.org para obtener más información sobre nuestra área de servicio. (Podemos agregar o eliminar ciudades y pueblos de nuestra área de servicio de vez en cuando).

Asegurado: afiliado, persona cubierta, asegurado, miembro, titular de póliza o suscriptor de una aseguradora, incluida una persona cuya elegibilidad como asegurado de una aseguradora esté en disputa o revisión, o cualquier otra persona cuya atención puede estar sujeta a revisión de un programa de revisión de utilización o una entidad como se describe en otras disposiciones de este capítulo.

Asegurado: Un afiliado, persona cubierta, asegurado, miembro, titular o suscriptor de la póliza de una aseguradora, incluyendo una aseguradora dental o de la vista, incluyendo una persona cuya elegibilidad como un asegurado de una aseguradora está en disputa o bajo revisión, o cualquier otra persona cuya atención puede estar sujeta a revisión de parte de un programa o entidad de Revisión de utilización.

Aseguradora de servicios dentales: una entidad que ofrece una póliza, un certificado o un contrato que brinda cobertura únicamente para servicios de atención dental.

Aseguradora de servicios para la vista: Una entidad que ofrece una póliza, un certificado o un contrato que brinda cobertura únicamente para servicios de atención de la vista.

Aseguradora: Una compañía de seguros con licencia o de otro modo autorizada para tramitar seguros médicos o de accidentes en virtud del capítulo 175, una empresa de servicios hospitalarios sin fines de lucro constituida en virtud del capítulo 176A, una empresa de servicios médicos sin fines de lucro constituida en virtud del capítulo 176B, una organización de mantenimiento de la salud constituida en virtud del capítulo 176G y una organización que celebra un acuerdo de proveedor preferido conforme al capítulo 176I, pero que no incluye a un empleador que compra cobertura ni actúa en nombre de sus empleados o los empleados de una o más subsidiarias o corporaciones afiliadas del empleador. Salvo indicación en contrario, el término "aseguradora" no incluirá a ninguna entidad en la medida en que ofrezca una póliza, un certificado o un contrato que no sea un plan de beneficios de salud, según se define en la sección 1 del capítulo 176J

Atención asistencial: Atención que se proporciona principalmente para ayudarle en las *actividades de la vida diaria*, por personas que no requieren capacitación médica o habilidades profesionales; o principalmente para ayudar a mantener la seguridad suya o de alguien más cuando no hay otra razón para que usted reciba un nivel de atención hospitalaria *médicamente necesaria*. También se considera *atención asistencial* al mantenimiento de rutina para colostomías, catéteres urinarios o ileostomías.

Atención de urgencia: *Atención médica* necesaria que se presta para evitar un deterioro grave de su salud cuando usted tiene una enfermedad o lesión inesperada. La atención de urgencia **no** incluye, entre otras cosas, atención de rutina (incluida atención de rutina durante la maternidad o atención prenatal o posparto); atención preventiva; atención por afecciones médicas crónicas que requieren un tratamiento médico continuo; *admisiones* hospitalarias electivas o *cirugía ambulatoria electiva*.

Carelon: **Carelon** Behavioral Health. Carelon es una organización contratada por *WellSense* para administrar

Centro: una institución con licencia que brinda servicios de atención médica o un entorno de atención médica, incluidos, entre otros, hospitales y otros centros con licencia para pacientes hospitalizados, centros quirúrgicos o de tratamiento para pacientes ambulatorios, centros de enfermería especializada, centros residenciales de tratamiento, centros de diagnóstico, laboratorio e imágenes, y rehabilitación y otros entornos de salud terapéutica.

Cirugía ambulatoria: Cirugía que se lleva a cabo con anestesia en una sala de operaciones de un centro autorizado para realizar la cirugía; y donde se espera que sea dado de alta el mismo día. Ejemplos de esto son las cirugías para *pacientes ambulatorios* en un hospital o en un centro independiente para cirugía ambulatoria.

Comisión: la comisión de seguros.

Consulta: Cualquier comunicación que usted haga al *plan* para solicitar que abordemos una acción, política o procedimiento del *plan*. Esto no incluye preguntas sobre determinaciones adversas, que son decisiones del *plan* para denegar cobertura basadas en una *necesidad médica*.

Contrato de grupo: El acuerdo entre un *grupo* y el *Operador de salud* bajo el cual:

- el *Operador de salud* está de acuerdo en hacer los arreglos para que el *grupo* obtenga cobertura bajo el *plan*; y
- el *grupo* acepta pagar la *prima* al *Operador de salud* para la cobertura bajo el *plan*.

El *contrato de grupo* incluye esta EOC (Evidencia de Cobertura) y los Esquemas de beneficios aplicables.

Contrato individual: El acuerdo entre un *individuo* y el *Operador de salud* bajo el cual:

- el *Operador de salud* acepta hacer los arreglos para que la *persona* obtenga *cobertura bajo el plan*; y
- la *persona* acepta pagar la totalidad de la *prima* al *Operador de salud* para la cobertura bajo el *plan*. El *contrato individual* incluye esta EOC y los Esquemas de beneficios aplicables.

Cónyuge: Según lo definido por el *Operador de salud*. Incluye un cónyuge divorciado o separado del *suscriptor* según lo exija la ley de MA.

Coordinación de la atención intensiva: Un servicio de atención que ofrece servicios de administración de casos específicos a niños y adolescentes con una alteración emocional grave, lo cual incluye individuos reincidentes, para cumplir con las necesidades integrales médicas, conductuales y psicológicas de un individuo y de su familia mientras se promueven resultados de calidad y rentables. Este servicio incluye una evaluación, el desarrollo de un plan de atención personalizado, derivaciones a los niveles de atención apropiados, supervisión de los objetivos y coordinación con otros servicios y apoyo social y con agencias estatales, según se indique. El servicio debe basarse en una filosofía de sistema de atención y el plan de atención personalizado debe estar hecho especialmente para el individuo a fin de cumplir con sus necesidades. El servicio debe incluir reuniones en persona y por teléfono, según se indique y según sea médicamente apropiado. La ICC se ofrece en un consultorio, en el hogar o en otros entornos, según sea médicamente apropiado.

Copago: Un monto fijo que usted debe pagar por ciertos *servicios cubiertos*. Los *copagos* se realizan directamente al *proveedor* en el momento en que usted recibe la atención (a menos que el *proveedor* haga otros arreglos). Los montos de los *copagos* están en su Esquema de Beneficios.

Coseguro: el porcentaje de los costos que usted debe pagar por determinados *servicios cubiertos*. Consulte el capítulo 1 para obtener más información. Los montos de coseguro se encuentran en su Esquema de Beneficios.

Costos compartidos: los costos que usted paga por ciertos *servicios cubiertos*. Los costos compartidos comprenden los *deducibles*, *copagos* y/o *coseguro*. Los montos de los costos compartidos se encuentran en su Esquema de Beneficios.

Criterios de revisión clínica: procedimientos de selección, decisiones, resúmenes, protocolos clínicos y lineamientos de práctica escritos y utilizados por una aseguradora para determinar la necesidad médica y la idoneidad de los servicios de atención médica.

Daño grave: circunstancias que podrían poner en serio peligro la vida, salud o la capacidad de recuperar la función corporal máxima del *miembro* o que pueden ocasionar dolor grave.

Deducible: el deducible es el monto en dólares que paga por ciertos *servicios cubiertos* en un *año de beneficios* antes de que el *plan* tenga la obligación de pagar por esos *servicios cubiertos*. Una vez que usted alcanza su *deducible*, usted paga ya sea nada o el correspondiente *copago* o *coseguro* para aquellos *servicios cubiertos* durante el resto del *año de beneficios*. Consulte el capítulo 1 para obtener más información. Los montos deducibles se encuentran en su Esquema de Beneficios.

Dependiente discapacitado: Un(a) hijo(a) del *suscriptor* o de su *cónyuge* que:

- se convirtió en discapacitado mental o físico de forma permanente antes de la edad de 26 años;
- vive con el *suscriptor* o *cónyuge*;
- no es capaz de mantenerse a sí mismo(a) debido a la incapacidad;
- estaba cubierto(a) bajo la cobertura familiar del *suscriptor* inmediatamente antes de la edad de 26 años, o estaba cubierto(a) por otra cobertura de salud de grupo desde que empezó la discapacidad.

Dependiente: El/la *cónyuge*, *hijo(a)* u otro *dependiente* del *suscriptor*, tal como lo define el *Operador de salud*. No todos los dependientes tienen autorización para inscribirse en todos los paquetes de beneficios del programa del Plan de salud calificado. Llame al *Operador de salud* para obtener información de elegibilidad.

Determinación adversa: según una revisión de la información proporcionada por una aseguradora o la organización de revisión de utilización designada, negar, reducir, modificar o terminar una admisión, continuación de la hospitalización de pacientes o la disponibilidad de cualquier otro servicio de atención médica por no cumplir con los requisitos de cobertura en función de la necesidad médica, pertinencia de un establecimiento de atención médica y nivel de atención o efectividad, incluida una determinación de que un servicio de atención médica o tratamiento solicitado o recomendado es experimental o está en fase de investigación.

Directorio de proveedores: Una lista de nuestros *proveedores de la red*.

División: la división de seguros.

El plan de salud calificada WellSense Health Plan Qualified Health Plan (o el "Plan"): El programa de beneficios de salud que se describe en esta EOC, junto con los correspondientes Esquemas de Beneficios. También se le conoce como el *plan*. A través de un acuerdo con el *Operador de salud*, *WellSense* ofrece el *plan* a las personas que cumplen con los requisitos de elegibilidad correspondientes.

En ejercicio activo: un(a) profesional de atención médica que trata pacientes regularmente en un entorno clínico.

Enfermo terminal o enfermedad terminal: una enfermedad que, probablemente y con un grado razonable de certeza médica, cause la muerte de una persona dentro de un plazo de seis meses o según la definición de la sección 1861(dd)(3)(A) de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. Sección 1395x(dd)(3)(A).

Equipo de estabilización familiar: *FST es un modelo de terapia familiar intensivo que se enfoca en los jóvenes que están en mayor riesgo de ubicarse fuera del hogar debido a las conductas en su hogar. El joven y la familia emprenden una terapia familiar intensiva, además de construir capacidades individuales para mejorar su funcionamiento.*

Evidencia de cobertura: un certificado, contrato o acuerdo de seguro médico que incluye complementos, enmiendas, endosos y otros encartes adicionales o una descripción del resumen del plan.

Experimental o de investigación o tratamiento experimental o de investigación: Un tratamiento, servicio, procedimiento, suministro, dispositivo, producto biológico o medicamento (comúnmente "tratamiento") que se considera experimental o de investigación para el uso en el diagnóstico o tratamiento de una afección médica si se cumple **alguna** de las siguientes condiciones:

- En el caso de un medicamento, dispositivo o producto biológico, no puede ser comercializado legalmente sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos ("FDA") y la FDA no ha dado la aprobación final.
- El tratamiento se describe como experimental (o de investigación, no comprobado o bajo estudio) en el documento de consentimiento informado escrito dado o por darse al *miembro* por el profesional o el centro de atención que brinda el tratamiento.
- La evidencia con autoridad en la materia no permite establecer conclusiones acerca del efecto del tratamiento sobre los resultados de salud.

- No existe suficiente evidencia fidedigna de que el tratamiento mejore los resultados netos de la salud. (Resultados netos de la salud significa que el efecto beneficioso del tratamiento en los resultados de salud pesará más que los efectos negativos que el mismo pueda tener sobre los resultados de salud). No existe suficiente evidencia fidedigna de que el tratamiento propuesto sea tan beneficioso como cualquier alternativa establecida. Esto significa que el tratamiento no mejora el resultado neto tanto o más que las alternativas establecidas.
- No existe suficiente evidencia fidedigna de que la mejoría del tratamiento sobre los resultados de salud se pueda alcanzar fuera de un ambiente de investigación.

“La evidencia con autoridad”, tal como se utiliza en esta definición, significa lo siguiente:

- Informes y artículos de estudios bien diseñados y realizados, publicados en publicaciones médicas y científicas de prestigio en idioma inglés. Las publicaciones deben estar sujetas a revisión de colegas por expertos médicos o científicos antes de ser impresas. Al evaluar esta evidencia, el *plan* toma en consideración la calidad de los estudios publicados y la consistencia de los resultados.
- Las opiniones y evaluaciones realizadas por: asociaciones médicas nacionales; otros organismos respetables que evalúan la tecnología; y profesionales de la salud con experiencia clínica reconocida en el tratamiento de la afección médica o que proporcionen tratamiento. Al evaluar esta evidencia, el *plan* toma en cuenta la calidad científica de la evidencia en la que se basan las opiniones y las evaluaciones.

El hecho de que un tratamiento se ofrezca como último recurso no significa que no sea un *tratamiento experimental o de investigación*.

Farmacia de la red: una farmacia minorista, de especialidad o de pedidos farmacéuticos por correo que es un *proveedor de la red*.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: la fecha, de acuerdo con nuestros registros, en que usted se convierte en *miembro* y es elegible, por primera vez, para recibir *servicios cubiertos* bajo el *plan*.

Grupo de proveedores de atención médica con licencia: Sociedad, asociación, sociedad anónima, asociación de práctica individual u otro grupo que distribuye ingresos de la práctica entre los miembros. Una asociación de práctica individual es un grupo de proveedores de atención médica con licencia únicamente si consta de profesionales de atención médica individuales y no subcontrata a grupos de proveedores de atención médica con licencia.

Grupo: Un empleador u otra entidad legal, como lo define el *Operador de salud*, con el cual el *Operador de salud* tiene un *contrato de grupo* para hacer los arreglos para la prestación de la cobertura de grupo. Un *grupo* empleador sujeto a la ley ERISA (Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados) de 1974 es el patrocinador del plan ERISA. WellSense no es patrocinador del plan. Si usted es *miembro* a través de un *grupo*, el *grupo* es su agente y no es agente de WellSense.

Individuo: una categoría de *suscriptor* para el cual no hay contribución financiera del empleador para las *primas* según este *plan*. El individuo es responsable de pagar la totalidad aplicable de la *prima*. El *suscriptor individual* (o una persona en su nombre) celebra un *contrato individual* con el *Operador de salud*.

Límite del beneficio: el límite máximo en dólares, por día o visita, que se aplica a ciertos *servicios cubiertos* durante un *año de beneficios* (u otro período de tiempo, si así lo especificó en la EOC). Una vez que se alcanza el *límite de beneficios*, el *plan* no proporciona ninguna cobertura adicional por dicho servicio o suministro para ese *año de beneficios* (u otro período de tiempo). Si usted obtiene más del servicio o suministro por encima del *límite de beneficios*, usted es responsable de todos los gastos. Los *límites de beneficios* están en su Esquema de Beneficios.

Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés): la edición más reciente del Manual estadístico y de diagnóstico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría: Trastornos Mentales. Este enumera afecciones o enfermedades que califican como *trastornos mentales*.

Máximo de desembolso directo: Este es el monto máximo de *costo compartido* que usted debe pagar en un año de *beneficios* para la mayor parte de los *servicios cubiertos*. Consulte el capítulo 1 para obtener más información. Los máximos de desembolso directos, si los hay, están en su Esquema de Beneficios.

Medicamente necesario (o necesidad médica): servicios de atención médica congruentes con principios de aceptación general del ejercicio médico profesional, determinado por el hecho de si (a) el servicio es el nivel de servicio o suministro disponible más apropiado para el *miembro* en cuestión considerando los perjuicios y beneficios potenciales para el *miembro*; (b) se sabe que el servicio es eficaz para mejorar los resultados de la salud, basado en evidencia científica, normas profesionales y opinión de un experto; o (c) por los servicios e intervenciones que no están en uso generalizado, el servicio está basado en evidencia científica.

Miembro del grupo: una categoría de *suscriptor* (y sus *dependientes* inscritos) que recibe cobertura bajo el *plan* a través de un *contrato de grupo*.

Miembro: Una persona inscrita en el plan bajo un contrato de grupo o contrato individual. Los miembros incluyen *suscriptores* y sus *dependientes* inscritos. Un *miembro* también es llamado "usted" en esta EOC.

Monto autorizado: El monto autorizado es el monto que el *plan* paga a un *proveedor* por los *servicios cubiertos* brindados a usted. El monto autorizado depende del tipo de *proveedor* de atención médica que proporciona los *servicios cubiertos* para usted:

Para proveedores con un acuerdo de pago con el plan: Para *proveedores* que tienen un acuerdo de pago con el *plan*, el monto autorizado es el monto negociado establecido en el acuerdo.

Para proveedores sin ningún acuerdo de pago con el plan:

- Para los *servicios cubiertos* proporcionados por *proveedores* que no tienen un acuerdo de pago con el *plan*, el monto autorizado es el monto que la ley estatal o federal vigente permite o exige, o el monto que determine el *plan* según su criterio, como UCR ('habitual, usual y razonable', por sus siglas en inglés).
- Las determinaciones UCR se basan en medios nacionalmente aceptados y montos de pago de los reclamos. Estas incluyen, sin limitación, programas de pago y montos autorizados de Medicare; lineamientos de codificación CPT de la Asociación Médica Estadounidense; políticas de codificación médica de los CMS y lineamientos clínicos y de codificación de academia y sociedad nacionalmente reconocidos. (Cuando el *plan* ha delegado el procesamiento de reclamos a una tercera persona, ese tercero deberá tener la misma discreción que el *plan* con respecto a las determinaciones UCR).
- El monto autorizado es la cantidad máxima que el *plan* pagará por los *servicios cubiertos* (menos cualquier *costo compartido aplicable del miembro*) prestados por *proveedores* que no tienen un acuerdo de pago con el *plan*.

Por lo general, su *costo compartido* por los *servicios cubiertos* se calcula con base en el monto autorizado inicial total para el *proveedor*. El monto que usted paga por su *costo compartido* por lo general no está sujeto a ajustes futuros (hacia arriba o hacia abajo), incluso cuando el pago del *proveedor* puede estar sujeto a ajustes futuros (debido, por ejemplo, a arreglos contractuales o riesgo compartido, o rebajas). Sin embargo, el *costo compartido* puede ajustarse debido al procesamiento de reclamos o modificaciones o correcciones en la facturación. El pago del reclamo hecho al *proveedor* será el monto autorizado total menos su monto de *costo compartido*.

En algunos casos que incluyen *servicios cubiertos* proporcionados a usted por determinados *proveedores que no son de la red*, su *costo compartido* puede no calcularse según el monto autorizado. En lugar de ello, puede calcularse según la ley estatal vigente, si la hubiera, o según la ley federal vigente.

- **Niño(a) (o niño(a)s)** Las siguientes personas, hasta su cumpleaños número 26:
- El hijo natural, hijastro o hijo adoptivo del *suscriptor* o de su *cónyuge*.

* Un(a) niño(a) se considera adoptivo(a) a partir de la fecha en que él o ella es:

- o legalmente adoptado(a) por el *suscriptor*; o bien
 - o puesto(a) en adopción con el *suscriptor*. Puesto en adopción significa que el *suscriptor* ha asumido una obligación legal para el apoyo parcial o total de un niño(a) antes de su adopción. Si la obligación legal termina, el niño(a) ya no se considera colocado(a) en adopción. (Según lo requiera la ley estatal, un niño(a) huérfano(a) se considera un hijo(a) adoptivo(a) a partir de la fecha en que se presentó una petición de adopción).
- El hijo dependiente de un hijo inscrito.
 - Un(a) niño(a) del/de la cual el *suscriptor* o su cónyuge es el tutor legal nombrado por el tribunal.
 - Un *dependiente discapacitado* del *suscriptor* o de su cónyuge.

Oficina de Protección al Paciente: La oficina de la comisión de políticas de salud establecida por la sección 16 del capítulo 6D, responsable de la administración y la aplicación de las secciones 13, 14, 15 y 16.

Operador de salud (Health Connector): La Autoridad del Operador de Seguros Médicos del Estado. Esta es una organización establecida bajo la ley de MA (Massachusetts) para supervisar y operar el *Qualified Health Plan Program* (programa del plan de salud calificado). El Operador de salud es el intercambio que cumple con la Ley de Cuidado de Salud Asequible para Massachusetts. Cuando se utiliza el término Operador de salud, también incluye sus subcontratistas.

Organización de acreditación nacional: La Comisión Estadounidense de Acreditación de Atención Médica/URAC, el Comité Nacional de Garantía de Calidad o cualquier otra entidad nacional de acreditación aprobada por la división que acredita a las aseguradoras sujetas a las disposiciones de este capítulo.

Organización de revisión de utilización: entidad que realiza la revisión de utilización, que no es la aseguradora que realiza la revisión de utilización para sus propios planes de beneficios de salud.

Paciente hospitalizado: un paciente que ingresa a un hospital u otro centro; y es registrado en esa institución como paciente ingresado.

Pacientes ambulatorios o servicios para pacientes ambulatorios: son servicios brindados a una persona que no está registrada como paciente internado en un centro. Por ejemplo, usted recibe servicios ambulatorios en el consultorio de un proveedor, en una sala de emergencias, centro de salud o clínica para pacientes ambulatorios.

Para proveedores con un acuerdo de pago con el plan: Para *proveedores* que tienen un acuerdo de pago con el *plan*, el monto autorizado es el monto negociado establecido en el acuerdo.

Para proveedores sin ningún acuerdo de pago con el plan:

Período de inscripción abierta: El período de cada año en que las personas elegibles (incluidos *dependientes* elegibles) pueden solicitar una *cobertura individual* (bajo un *contrato individual*) o *cobertura de grupo* (bajo un *contrato de grupo*).

Plan de beneficios de salud: póliza, contrato, certificado o acuerdo celebrado, ofrecido o emitido por una aseguradora para proporcionar, entregar, organizar, pagar o reembolsar los costos de los servicios de atención médica.

Plan de beneficios dental: Una póliza, contrato, certificado o acuerdo de seguro, ofrecido o emitido por una aseguradora dental para proporcionar, entregar, organizar, pagar o reembolsar los costos de los servicios de atención dental.

Plan: los beneficios descritos en esta EOC (incluido su Esquema de Beneficios). El plan también se conoce como *WellSense Health Plan Qualified Health Plan*. *WellSense* ha contratado con el *Operador de salud* para ofrecer el *plan* a *personas y grupos*.

Prima: el monto mensual total en dólares que debe pagar un *suscriptor individual o grupo* por la cobertura bajo el paquete de beneficios aplicable se describe en esta EOC. El *Operador de salud* le indicará la cantidad que deberá pagar por su *prima* mensual total.

Profesional de atención dental: Un dentista u otro profesional de atención dental con licencia, acreditado o certificado para prestar servicios de atención dental, de conformidad con la ley.

Profesional de atención médica: médico u otro profesional de atención médica con licencia, acreditado o certificado para prestar servicios de salud específicos de conformidad con la ley.

Programa del Plan de salud calificado: El programa del Plan de salud calificado supervisado por el *Operador de salud*.

Proveedor de atención dental: un profesional o centro de atención dental con licencia para proporcionar servicios de atención dental.

Proveedor de atención médica o proveedor: profesional o centro de atención médica.

Proveedor de atención primaria (PCP): Un *profesional de atención médica* de la red calificado para proporcionar atención médica general para problemas de salud comunes, que (1) supervisa, coordina, receta o de otra manera proporciona o propone servicios de atención médica; (2) coordina y hace arreglos para la atención especializada; y (3) mantiene la continuidad de la atención dentro del ámbito de práctica. Los *PCP* son médicos que son especialistas en medicina interna, medicina familiar, práctica general o medicina pediátrica. Un *PCP* también puede ser un asistente médico o una enfermera especializada (debidamente acreditada) que proporciona servicios de atención primaria. Los miembros de sexo femenino pueden también seleccionar un ginecólogo/obstetra como su *PCP*.

Proveedor de la red (o red): Los *proveedores* con quienes el plan tiene un acuerdo para brindar servicios cubiertos a los miembros. El *plan* tiene diferentes redes de proveedores. La red de proveedores que aplica a usted se incluye en su Esquema de Beneficios.

Proveedor de la red: Un *proveedor* con quien el *plan* tiene un acuerdo directo o indirecto para brindar *servicios cubiertos* a los *miembros*. Los *proveedores* no son empleados, agentes o representantes del *plan*. Los *proveedores* de la red se enumeran en el *Directorio de proveedores del plan*.

Proveedor participante: proveedor que, en virtud de un contacto con la aseguradora o con su contratista o subcontratista, ha acordado prestar servicios de atención médica a los asegurados con la expectativa de recibir un pago que no sea el coseguro, los copagos o los deducibles, directa o indirectamente de la aseguradora.

Proveedor suplente: Un proveedor que tiene un acuerdo con su *PCP* para brindar o coordinar su atención médica cuando su *PCP* no esté disponible para hacerlo. Los *proveedores suplentes* con frecuencia sustituyen a su *PCP* durante las tardes, noches, fines de semana, feriados y vacaciones.

Proveedor: profesionales de atención médica o centros de salud autorizados por la ley estatal. Los *proveedores* incluyen, entre otros, a: médicos, asistentes médicos, enfermeras especializadas, hospitales, centros de enfermería especializada, psicólogos, asesores de salud mental con licencia, trabajadores sociales clínicos independientes con licencia, terapeutas de familia y matrimonio con licencia, enfermeras psiquiátricas con licencia certificadas como especialistas clínicas en enfermería de salud mental y psiquiátrica, psiquiatras, consejeros licenciados en alcohol y drogas, parteras certificadas, laboratorio y centros de imágenes, y farmacias. Podemos referirnos a algunos *proveedores* como médicos o profesionales. Para averiguar si un *proveedor* es un *proveedor de la red*, llame a Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de proveedores*.

Queja: una queja formal presentada por usted sobre:

- *La administración* del plan (cómo opera el *plan*): cualquier acción tomada por un empleado del *plan*, cualquier aspecto de los servicios, las políticas o los procedimientos del *plan* o un problema de facturación.

- Calidad de la atención: la calidad de atención que usted recibió de un proveedor de la *red*.

Red o red de proveedores: una agrupación de proveedores de atención médica que tiene un contrato con una aseguradora para prestar servicios a los asegurados cubiertos por todos los planes, las pólizas, los contratos u otros acuerdos de la aseguradora o algunos de ellos.

Residente: Una persona natural que vive en Massachusetts. El confinamiento en un hogar de ancianos, hospital u otra institución no es suficiente por sí mismo para calificar a una persona como residente.

Revisión de utilización: Un conjunto de técnicas formales diseñadas para monitorear el uso o evaluar la necesidad clínica, la idoneidad, la eficacia o la eficiencia de servicios, procedimientos o entornos de atención médica. Esas técnicas pueden incluir, entre otras, revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión simultánea, administración de casos, planificación de alta o revisión retrospectiva.

Revisión para pacientes ambulatorios: Revisión de utilización de servicios de atención médica realizados o prestados en un entorno ambulatorio, incluidos, entre otros, servicios quirúrgicos para pacientes externos o ambulatorios, servicios terapéuticos o de diagnóstico prestados en cualquier centro médico, quirúrgico, obstétrico, psiquiátrico o químico, y en otros lugares como laboratorios, centros de radiología, consultorios de proveedores y domicilios de pacientes.

Revisión prospectiva: revisión de utilización realizada antes de una admisión o un tratamiento, que incluye los requisitos de autorización o certificación previa de una aseguradora u organización de revisión de utilización.

Revisión retrospectiva: Revisión de utilización de la necesidad médica que se lleva a cabo después de que se hayan brindado servicios a un paciente, pero no incluye la revisión de un reclamo que se limita a una evaluación de los niveles de reembolso, la veracidad de la documentación, la precisión de la codificación o la adjudicación del pago.

Revisión simultánea: Revisión de utilización realizada durante la hospitalización o tratamiento de un paciente asegurado.

Revisor autorizado: *El director médico general de WellSense* o alguna persona nombrada por él o ella para revisar y determinar la cobertura de ciertos servicios y suministros de atención médica para los *miembros*.

Segunda opinión: Una oportunidad o un requisito para obtener una evaluación clínica por parte de un profesional de atención médica que no sea el profesional de atención médica que hizo la recomendación original de un servicio de salud propuesto, para evaluar la necesidad clínica y la idoneidad del servicio de salud inicial propuesto.

Servicios conductuales en el hogar: Una combinación de terapia de gestión conductual médicamente necesaria con supervisión de gestión conductual, siempre que esos servicios estén disponibles, cuando se indique, donde resida el/la niño(a), lo cual incluye su hogar, hogar adoptivo, hogar adoptivo terapéutico u otro entorno comunitario. Los servicios conductuales en el hogar incluyen:

Supervisión de gestión conductual: supervisión de la conducta del niño, implementación de un plan conductual y aplicación de la implementación del plan por parte del padre del niño u otro cuidador.

Terapia de gestión conductual: terapia que abarca conductas desafiantes que interfiere con el funcionamiento apropiado del niño, siempre que la "terapia de gestión conductual" incluya una evaluación de funcionamiento conductual y una observación del joven en el hogar o en el entorno comunitario, el desarrollo de un plan conductual y la supervisión y coordinación de intervenciones para abarcar objetivos o rendimientos específicos, que incluyen el desarrollo de una estrategia para responder ante crisis y, además, dado que la "terapia de gestión conductual" podría incluir asesoría y asistencia a corto plazo.

Servicios cosméticos: Servicios, incluida la cirugía, para cambiar o mejorar la apariencia.

Servicios cubiertos: Los servicios, suministros y medicamentos para los cuales el *plan* pagará según esta EOC. Los

servicios cubiertos deben ser descritos como tales en la EOC; médicamente necesarios; que se reciban mientras usted es un *miembro* activo del *plan*; proporcionados por un *proveedor de la red* (excepto en una *emergencia*, para *atención de urgencia* necesaria mientras está fuera del *área de servicio*, o en raras ocasiones cuando son aprobados con antelación por el *plan*), en algunos casos, autorizados por anticipado por un *revisor autorizado del plan*; que no figuren como excluidos en esta EOC; brindados para tratar una lesión, enfermedad, embarazo o para atención preventiva; y consistentes con las leyes federales o estatales vigentes.

Servicios de asesoría conductual: servicios médicamente necesarios provistos a un niño, diseñados para apoyar el funcionamiento social apropiado según la edad o para mejorar deficiencias en el funcionamiento social apropiado según la edad del niño debido a un diagnóstico de MDE. Siempre que dichos servicios incluyan apoyo, asesoría y capacitación del niño en conductas apropiadas según la edad, comunicación interpersonal, resolución de problemas, resolución de conflictos y relación apropiada con otros niños y adolescentes y con adultos. Los servicios deben ofrecerse, cuando se indique, en el lugar donde resida el niño, que incluye el hogar, hogar adoptivo, hogar adoptivo terapéutico u otro entorno comunitario. La asesoría conductual es un servicio de construcción de capacidades que abarca uno o más objetivos en el plan de tratamiento de salud conductual del joven. También puede ofrecerse en la comunidad para permitir que el joven practique las capacidades deseadas en entornos apropiados.

Servicios de atención dental o servicios dentales: Servicios para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la cura o alivio de una condición, enfermedad o lesión dental.

Servicios de salud preventiva: Cualquier servicio periódico, de rutina, de detección u de otra naturaleza, diseñados para la prevención y la detección temprana de enfermedades que una aseguradora debe proporcionar de conformidad con la ley federal o de Massachusetts.

Suscriptor: la persona que:

- firma el formulario de solicitud de afiliación en nombre de él/ella* y (si se permite) cualquier *dependiente*;
- en cuyo nombre se paga la *prima* de acuerdo ya sea con un *contrato de grupo* o un *contrato individual* (según corresponda);
- para un *contrato individual*, es un *residente* de MA (Massachusetts); y
- para un *contrato de grupo*, es un empleado de un *grupo*.

*Nota: En el caso de algunas *personas elegibles* menores de 21 años, que se inscriben en un *contrato individual*, el formulario de solicitud de afiliación es firmado por el padre, la madre o el tutor legal del *individuo* en nombre de ese *individuo*.

Telesalud: significa el modo de prestar servicios de atención médica y salud pública a través de las tecnologías de la información y la comunicación para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la gestión de la atención y la autogestión de la atención médica de un paciente. La telesalud facilita la autogestión del paciente y el apoyo del cuidador para los pacientes e incluye interacciones sincrónicas y transferencias asincrónicas de almacenamiento y reenvío.

Trastornos mentales: Enfermedades o afecciones psiquiátricas. (Estos incluyen adicción a las drogas y alcoholismo). Las afecciones o enfermedades que califican como *trastornos mentales* aparecen en la edición más reciente, en el momento de su tratamiento del DSM.

Tratamiento agudo basado en la comunidad para niños y adolescentes (CBAT): servicios de salud mental provistos en un entorno seguro con personal las 24 horas, con suficiente personal clínico para garantizar la seguridad del niño o el adolescente y, a su vez, brindar servicios terapéuticos intensivos que incluyen, entre otros, supervisión diaria de medicamentos, evaluación psiquiátrica, personal de enfermería disponible, especialistas (según sea necesario), terapia individual, grupal y familiar, gestión de casos, evaluación y consultas para familias, planificación del alta y pruebas psicológicas, según sea necesario. Este servicio puede usarse como alternativa o transición a servicios ambulatorios. Siempre que un tratamiento residencial agudo (ART) sea similar al CBAT, puede considerarse que

cumple con los requisitos de este boletín.

Tratamiento intensivo basado en la comunidad para niños y adolescentes (ICBAT): ofrece el mismo servicio que CBAT para niños y adolescentes, pero con una intensidad mayor, que incluye evaluaciones y tratamientos psiquiátricos y psicofarmacológicos más frecuentes, y servicios y uso de personal con mayor intensidad. Los programas de ICBAT pueden aceptar niños y adolescentes con síntomas más agudos que aquellos admitidos en CBAT. Los programas de ICBAT pueden tratar niños y adolescentes con cuadros clínicos similares a los que se mencionan en los servicios de salud mental, pero que pueden recibir atención en un entorno libre.

Los niños y adolescentes podrían aceptarse en un ICBAT directamente desde la comunidad como una alternativa para la internación en un hospital. El ICBAT no se utiliza como una ubicación menor después del alta de un entorno de 24 horas sin libertad.

URAC: La Comisión de Acreditación de Atención Médica Estadounidense (American Accreditation HealthCare Commission/URAC), anteriormente conocida como la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización.

Usted: Consulte "Miembro".

WellSense: WellSense Health Plan, Inc. WellSense es una organización sin fines de lucro de mantenimiento de la salud con licencia en MA. *WellSense* también se conoce como: WellSense Health Plan o Plan de salud WellSense. Nosotros coordinamos la prestación de servicios de atención médica a *miembros* a través de contratos con *proveedores de la red* en nuestra *área de servicio*. *WellSense* contrata al *Operador de salud* para ofrecer el *plan* a los *miembros*. También nos referimos a *WellSense* como "nosotros", "nos" o "nuestro".

APÉNDICE B: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

1. *Los miembros tienen derecho a recibir información acerca de WellSense; sus servicios; los proveedores de su red; y derechos y responsabilidades de los miembros.*
2. *Los miembros tienen derecho a ser tratados con respeto y al reconocimiento de su dignidad, tienen derecho a la privacidad.*
3. *Los miembros tienen derecho a participar con un proveedor de la red para tomar decisiones sobre su atención médica.*
4. *Los miembros tienen derecho a una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para tratar sus afecciones, en relación con el costo o beneficio de la cobertura.*
5. *Los miembros tienen derecho a presentar quejas o apelaciones sobre WellSense o la atención acordada por el plan.*
6. *Los miembros tienen derecho a realizar recomendaciones sobre las políticas de WellSense de derechos y responsabilidades del miembro.*
7. *Los miembros tienen la responsabilidad de brindar la información (dentro de sus posibilidades) que WellSense y los proveedores de la red requieran para organizar y brindar la atención.*
8. *Los miembros tienen la responsabilidad de cumplir con los planes e instrucciones para la atención que acordaron con su proveedor de la red.*
9. *Los miembros tienen la responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamientos acordados mutuamente en la medida de lo posible.*

APÉNDICE C: INFORMACIÓN SOBRE ERISA PARA MIEMBROS DEL GRUPO

Introducción a ERISA: si usted es un *miembro del grupo* y su plan es un plan ERISA, tiene ciertos derechos y protecciones bajo ERISA, que son las siglas en inglés de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (Employee Retirement Income Security Act) de 1974. La mayoría de los planes son planes de ERISA, pero existen excepciones. Comuníquese con su administrador del plan para saber si su plan es un plan de ERISA.

Información acerca de su plan y sus beneficios: ERISA da derecho a todos los participantes del plan para:

- Examinar, sin costo, en la oficina del administrador del plan y en otros lugares especificados, todos los documentos que rigen el plan. Estos incluyen, cuando corresponda: contratos de seguro médico; acuerdos colectivos de negociación; y una copia del informe anual más actualizado (serie del Formulario 5500) presentado por su plan al Departamento de Trabajo de Estados Unidos y disponible en la Sala de divulgación pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
- Al momento de la solicitud por escrito al administrador del plan, usted tiene derecho a obtener copias de documentos que rigen la operación del plan. Estos incluyen los documentos antes mencionados, así como una descripción del resumen del plan actualizada. El administrador del plan puede cobrarle un gasto razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. El administrador del plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido.

Continuación de la cobertura del Plan de Salud de Grupo: ERISA señala que todos los participantes del plan tienen derecho a:

- Continuar la cobertura de atención médica para el afiliado, cónyuge u otros dependientes si hay una pérdida de la cobertura bajo el plan como resultado de un evento que califique. El suscriptor o dependientes pueden tener que pagar por dicha continuación de cobertura.
- Revise la descripción del resumen del plan y los otros documentos que rigen el plan en las reglas que rigen sus derechos de continuidad de la cobertura bajo COBRA, la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado.
- Reducción o eliminación de períodos de exclusión de cobertura por condiciones preexistentes bajo un plan de salud de grupo, si usted tiene cobertura acreditable de otro plan. Su plan de salud de grupo o el emisor de su seguro de salud deben proveerle a usted un certificado gratuito de cobertura acreditable cuando: usted pierda la cobertura bajo el plan; cuando se llegue a tener derecho a elegir cobertura de continuación de COBRA; cuando cese su cobertura de continuación de COBRA; si usted lo solicita antes de perder la cobertura; o si usted lo solicita hasta 24 meses después de haber perdido la cobertura. Sin evidencia de cobertura acreditable, usted puede estar sujeto a una exclusión por condiciones preexistentes durante 12 meses (18 meses para afiliados con inscripción tardía) después de la fecha de inscripción en su cobertura. (La cobertura que se describe en esta EOC no contiene una exclusión de condiciones preexistentes).

Acciones prudentes por los fiduciarios del plan: ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación. Las personas que operan su plan se llaman “fiduciarios” del plan. Ellos tienen el deber de operar su plan con prudencia y en los intereses de los participantes y los beneficiarios del plan. Nadie, ni siquiera su empleador, sindicato ni cualquier otra persona, puede despedir a un suscriptor o, de alguna otra forma discriminar en su contra en modo alguno para impedir que obtenga un beneficio del plan o ejerza sus derechos ERISA.

Ejecución de sus derechos: Si su reclamo para un beneficio del plan es denegado o ignorado, completamente o en parte, usted tiene derecho a saber el motivo, obtener sin costo una copia de los documentos relacionados con la decisión y apelar cualquier denegación, todo ello dentro de ciertos períodos de tiempo.

ERISA estipula las medidas que usted puede tomar para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si usted solicita una copia de un documento de un plan y no la recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al administrador del plan que proporcione los documentos y que le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los documentos, a menos que los documentos no le fuesen enviados debido a razones fuera del control del administrador del plan. Si usted tiene un reclamo por beneficios que es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Asimismo, si usted no

está de acuerdo con la decisión del plan o la falta de decisión, con respecto a la condición calificada de una orden de relaciones domésticas o una orden de apoyo médico para un hijo(a), usted puede presentar una demanda en un tribunal federal. Si un fiduciario del plan hace uso indebido del dinero del plan, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda en el Departamento de Trabajo de Estados Unidos. También puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién tiene que pagar los honorarios legales y gastos del tribunal. Si usted resulta favorecido, el tribunal puede ordenar que la persona que usted demandó pague estos costos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenar que usted pague estos costos y honorarios. Por ejemplo, si un tribunal encuentra que su reclamación es frívola, usted tendrá que pagar los honorarios legales y gastos del tribunal.

Ayuda para responder sus preguntas: Usted debe comunicarse con el administrador de su plan si tiene alguna pregunta acerca de su plan. Si usted tiene preguntas acerca de esta declaración o sobre sus derechos ERISA, o si necesita ayuda para obtener los documentos del administrador del plan, debe comunicarse con:

- la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de Estados Unidos, que aparece en su directorio telefónico; o bien,
- la división de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de Estados Unidos, 200 Constitution Avenue NW, Washington, D.C. 20210.

También puede obtener ciertas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA. Llame a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

PROCESAMIENTO DE RECLAMOS POR BENEFICIOS DEL PLAN: La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del DOL (Departamento de Trabajo, por sus siglas en inglés) ha publicado las regulaciones de procedimientos para determinación de beneficios de los planes de beneficios para empleados regidos por ERISA. Las regulaciones establecen requisitos en relación con el procesamiento de reclamos de beneficios del plan, incluidos los reclamos de atención de urgencia, reclamos antes del servicio, reclamos posteriores al servicio y revisión de la denegación de reclamos.

¿Quién puede presentar un reclamo? Las regulaciones del DOL se aplican a los reclamos presentados por los participantes ERISA o sus beneficiarios. De acuerdo con los reglamentos, el *plan* permite que un representante autorizado (referido como el "reclamante autorizado") actúe en su nombre al presentar un reclamo u obtenga una revisión de la decisión de un reclamo. Un reclamante autorizado puede ser cualquier persona (incluido, por ejemplo, un miembro de su familia, un abogado, etc.) que usted designe para que actúe en su nombre con respecto a una reclamación de beneficios.

¿Cómo designo a un reclamante autorizado? Un reclamante autorizado puede ser designado en cualquier momento en el proceso de reclamo: en el servicio previo, nivel de servicio posterior o en una apelación. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-833-8120 para obtener información sobre cómo designar a un reclamante autorizado.

Tipos de reclamos: hay varios tipos diferentes de reclamos que usted puede presentar para revisión. Los procedimientos del *plan* para revisar reclamos dependen del tipo de reclamo presentado (reclamos de atención de urgencia, reclamos antes del servicio, reclamos posteriores al servicio y decisiones de atención simultánea).

Reclamo por atención de urgencia: un "reclamo por atención de urgencia" es un reclamo para tratamiento o atención médica donde la aplicación del procedimiento de revisión de reclamos para reclamos no urgentes: (1) podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones máximas, o (2) basado en la determinación de su *proveedor*, le podría someter a dolor severo que no puede manejarse adecuadamente sin la atención o tratamiento que se solicita. Para reclamos de atención de urgencia, le responderemos dentro de las 72 horas después de haber recibido el reclamo. Si determinamos que se necesita información adicional para revisar su reclamo, le notificaremos dentro de las siguientes 24 horas después de haber recibido el reclamo y le daremos una descripción de la información adicional necesaria evaluar su reclamo. Usted tiene 48 horas a partir de ese momento para proporcionar la información solicitada. Evaluaremos su reclamo dentro de las siguientes 48 horas después de ocurrir lo primero entre: que recibamos la información solicitada, o el final del período de extensión otorgado para que usted suministre la información solicitada.

Decisiones de atención simultánea: una "decisión de atención simultánea" es una determinación relacionada con la continuación o reducción del curso de un tratamiento continuo. Si el *plan* ya ha aprobado un curso de tratamiento

continuo para usted y toma en consideración reducir o terminar el tratamiento, se lo notificaremos con suficiente antelación a la reducción o terminación del tratamiento para que usted apele la decisión y obtenga una determinación antes de que el tratamiento se reduzca o termine. Si usted solicita extender un curso de tratamiento continuo que involucra atención de urgencia, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas después de haber recibido la solicitud (siempre que usted realice la solicitud por lo menos 24 horas antes de la fecha de vencimiento del curso de tratamiento continuo). Si usted llega al final de un curso de tratamiento aprobado previamente antes de solicitar servicios adicionales, se aplicarán límites de tiempo "preservicio" o "postservicio".

Reclamo preservicio: un "reclamo preservicio" es un reclamo que requiere la aprobación de los beneficios antes de obtener la atención. Para reclamos preservicios, el *plan* le responderá dentro de los 15 días después de haber recibido el reclamo*. Si determinamos que se necesita una extensión debido a cuestiones ajenas a nuestro control, le notificaremos dentro de los 15 días y le informaremos sobre las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual esperamos darle a conocer nuestra decisión (hasta 15 días adicionales). Si usted hace un reclamo preservicio, pero no presenta suficiente información para que nosotros tomemos una decisión, le notificaremos dentro de los 15 días y describiremos la información que debe proporcionarnos. Usted tendrá al menos 45 días a partir de la fecha en que recibe la notificación para proporcionar la información solicitada.

Reclamo postservicio: un "reclamo postservicio" es un reclamo para el pago de un servicio en particular, después de que el servicio se ha prestado. Para reclamos posteriores al servicio, el *plan* le responderá a usted 30 días después de haber recibido el reclamo. Si determinamos que se necesita una extensión debido a cuestiones ajenas a nuestro control, le notificaremos dentro de los 30 días y le informaremos sobre las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual esperamos darle a conocer nuestra decisión (hasta 15 días adicionales). Si usted hace un reclamo postservicio, pero no presenta suficiente información para que nosotros tomemos una decisión, le notificaremos dentro de los 30 días y describiremos la información que debe proporcionarnos. Usted tendrá al menos 45 días a partir de la fecha en que recibe la notificación para proporcionar la información solicitada. Si se niega su solicitud de cobertura, usted tiene derecho a presentar una apelación. Consulte el capítulo 6 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

* *De acuerdo con la ley de MA, el *plan* hará una determinación inicial en relación con una hospitalización, procedimiento o servicio propuesto que requiere dicha determinación dentro de los siguientes dos días hábiles después de obtener toda la información necesaria.

Declaración de derechos de acuerdo con la Ley de Protección de Salud de Madres y Recién Nacidos: En virtud de la ley federal, los planes de salud colectivos y emisores de seguro médico que ofrecen cobertura de seguro de salud de grupo:

- Por lo general no restringen los beneficios para cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el plan de salud de grupo o el emisor puede pagar por una estadía más corta si el proveedor que atiende (por ejemplo, el médico o enfermera obstétrica de la madre), después de la consulta con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido antes.
- No puede establecer el nivel de beneficios o costos de desembolso directo para que cualquier parte posterior de la estadía de 48 horas (o 96 horas) se trate en una forma menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier parte anterior de la estadía.
- Puede no requerir que un médico u otro proveedor de atención médica obtenga una autorización para indicar una duración de la estadía de hasta 48 horas, o 96 horas según se aplique. Sin embargo, para hacer uso de ciertos proveedores o centros de salud, es posible que se le requiera obtener autorización previa. Para obtener información sobre la autorización previa, comuníquese con Servicios para Miembros.

APÉNDICE D: SERVICIOS ADICIONALES PARA LOS MIEMBROS

Además de los *servicios cubiertos* descritos anteriormente, ofrecemos a nuestros *miembros* ahorros adicionales.

¡Póngase en forma! Reembolso de acondicionamiento físico: usted es elegible para el reembolso del 25 % de sus cuotas de afiliación anual en un club de salud que califique. El reembolso está limitado a un solo *miembro* por familia por año calendario si usted cumple con los siguientes requisitos:

- Ser miembro de un club de salud que califique, que es un club que ofrece equipo para entrenamiento cardiovascular y de fortalecimiento, como los clubes de salud y acondicionamiento físico tradicionales, o YMCA/YWCA. No incluye centros de artes marciales, centros de gimnasia, clubes sociales, canchas de tenis o centros de natación, clubes de campo, o equipos o ligas deportivas.
- Ser un *miembro* del *plan* y de su club de salud que califique durante al menos los mismos 3 meses en un año calendario.
- Envíe un formulario de solicitud de reembolso completo al *plan* a más tardar el 31 de marzo del siguiente año calendario. Visite nuestro sitio web wellsense.org o llámenos al 1-855-833-8120 para obtener el formulario de solicitud de reembolso.
- Cada familia es elegible para el programa ***¡Póngase en forma! Reembolso de acondicionamiento físico*** O BIEN el programa ***¡Úselo! Reembolso del rastreador de acondicionamiento físico*** dentro de un año calendario, no ambos.

¡Úselo! Reembolso del rastreador de acondicionamiento físico: como una alternativa al programa ***¡Póngase en forma! Reembolso por acondicionamiento físico***, usted tiene la opción de recibir un reembolso del 50 % para un dispositivo tecnológico para vestir, hasta \$50 por año.

El reembolso está limitado a un solo *miembro* por familia por año calendario si usted cumple con los siguientes requisitos:

- Compra un dispositivo para vestir que pueda llevar puesto y que monitoree sus niveles de salud y actividad. Los artículos para vestir incluyen rastreadores de acondicionamiento físico, relojes inteligentes y rastreadores de seguridad. Los iPhone no califican para el reembolso.
- Envíe un formulario de solicitud de reembolso completo y una copia del recibo de compra al *plan* a más tardar el 31 de diciembre del mismo año calendario. Visite nuestro sitio web wellsense.org o llámenos al 1-855-833-8120 para obtener el formulario de solicitud de reembolso.

Cada familia es elegible para el programa ***¡Póngase en forma! Reembolso de acondicionamiento físico*** O BIEN el programa ***¡Úselo! Reembolso del rastreador de acondicionamiento físico*** dentro de un año calendario, no ambos.

Weight Watchers®: Usted es elegible para el reembolso del 25 % de los costos pagados por un programa de Weight Watchers. El reembolso está limitado a un solo *miembro* por familia por año calendario si usted cumple con los siguientes requisitos:

- Compra cualquier suscripción en línea, en una reunión local o de tutoría de Weight Watchers.
- Envíe un formulario de reembolso completo al *plan* a más tardar el 31 de marzo del siguiente año calendario. Visite wellsense.org o llámenos al 1-855-833-8120 para obtener el formulario de solicitud de reembolso.

Descuentos en anteojos: Cuando acuda a un proveedor de atención de la vista participante de VSP (Vision Services Provider: 'proveedor de servicios oftalmológicos'), usted puede recibir:

- 20 % de descuento del precio de venta al por menor de juegos completos de anteojos, monturas y lentes con receta médica. Simplemente presente una receta válida (que no tenga más de 12 meses) de cualquier optometrista u oftalmólogo calificado.
- 15 % de descuento en los honorarios profesionales por la evaluación y ajuste de lentes de contacto con receta médica.

Encuentre proveedores participantes de atención de la vista de VSP en www.vsp.com. Muestre su tarjeta de identificación del *plan* cuando adquiera servicios de un proveedor participante de VSP para recibir un descuento.

Estos programas de ahorro pueden cambiar con el tiempo sin previo aviso a los *miembros*. Para revisar programas de

ahorros adicionales vigentes para los miembros, usted puede:

- Llamar a Servicios para Miembros al 1-855-833-8120; o
- visitar nuestro sitio web wellsense.org

APÉNDICE E: LISTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA CUBIERTOS

Servicios de salud preventiva: El plan cubre servicios de salud preventiva. Estos son servicios para prevenir enfermedades o lesiones en lugar de diagnosticar o tratar un malestar o síntoma. Estos servicios son prestados por su PCP, obstetra de la red u otro proveedor de la red calificado. Para que tengan cobertura, se deben prestar todos los servicios de salud preventiva de acuerdo con los lineamientos de políticas médicas del plan, y con las leyes y reglamentos vigentes.

Información importante: En algunos casos, podría requerirse un código de diagnóstico para definir si un servicio es preventivo, de evaluación, de asesoramiento o de bienestar. Además, estos servicios preventivos podrían estar sujetos a limitaciones según los criterios de necesidad médica y otros criterios razonables de gestión médica.

Al recibir determinados servicios ambulatorios (que pueden o no estar sujetos a costos compartidos), es posible que también reciba otros servicios cubiertos que requieren costos compartidos aparte. Por ejemplo, durante una visita al consultorio por servicios de salud preventiva (sin costo compartido), podría realizarse una prueba de laboratorio para comprobar los niveles de TCH y, como esto no es preventivo, podría ser responsable de los costos compartidos por este servicio.

Algunos servicios podían ser preventivos en un principio (sin costo compartido), pero, en el transcurso de la visita o el procedimiento, podría ser médicamente necesario otro servicio. Extraer un pólipo podría hacer que un procedimiento preventivo pase a ser un procedimiento de diagnóstico, y entonces podría ser responsable por los costos compartidos de este servicio.

Nota: La información que se incluye aquí tiene como propósito ser una herramienta de referencia práctica y no es una garantía de pago. La guía está sujeta a cambios según las normas o regulaciones revisadas o nuevas, pautas adicionales o la política médica de WellSense.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 855-833-8120 (gratis) (gratis) de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Servicio preventivo (basado en recomendaciones de grado A y B del U.S. Preventive Service Task Force – USPSTF)	Frecuencia*/Comentarios
Aneurisma aórtico abdominal	1 en la vida
Administración de vacunas, excepto contra la gripe, el neumococo, la hepatitis B y el virus H1N1	
Detección del consumo indebido de alcohol e intervenciones de asesoría conductual	
Visita de bienestar anual	
Aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares	
Bacteriuria asintomática en adultos, evaluación	
Evaluación para el autismo	
Asesoría conductual	
Evaluación de presión arterial en niños	
Medición de masa ósea/osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, evaluación	Una vez cada dos años, como mínimo
Susceptibilidad al cáncer de mama y ovarios, evaluación genética de riesgo y prueba de mutación de BRCA	

Evaluación para el cáncer de mama, mamografía	
Amamantamiento, intervenciones conductuales	
Apoyo para amamantamiento, suministros y asesoría	
Terapia conductual intensiva (IBT, por sus siglas en inglés) para enfermedad cardiovascular	1 por año
Cáncer cervical, evaluación, evaluación de displasia cervical (examen pélvico de evaluación, PAP de evaluación)	
Servicio preventivo (basado en recomendaciones de grado A y B del U.S. Preventive Service Task Force – USPSTF)	Frecuencia*/Comentarios
Infección de clamidia, evaluación	
Cáncer colorrectal, evaluación	
Hipotiroidismo congénito, evaluación	
Métodos anticonceptivos y asesoría	
Evaluación para la depresión: 15 minutos	
Capacitación para gestión autónoma de la diabetes (DSMT, por sus siglas en inglés)	
Dieta, evaluación conductual y asesoría de atención primaria para promover un estilo de vida saludable (MNT)	
Difteria, tétanos, tos convulsa	
Difteria, tétanos, tos convulsa (niños y hasta 18 años)	
Quimioprevención con fluoruro	
Diabetes mellitus gestacional, evaluación	
Evaluación de glaucoma	
Gonorrea, evaluación	Miembros de alto riesgo sin embarazo: 1 por año Miembros de alto riesgo con embarazo: 2 por embarazo Dos sesiones anuales de 30 minutos de HIBC (asesoría conductual de alta intensidad) en persona
Evaluación de glaucoma	
Vacuna tipo B para influenza hemofílica	
Pérdida de la audición en recién nacidos, evaluación	
Prueba de audición	
Hematocrito o hemoglobina	
Vacuna para la hepatitis A (adulto)	
Vacuna para la hepatitis A (niño/adolescente)	
Vacuna para la hepatitis B (adulto)	
Vacuna para la hepatitis B (niño/adolescente)	
Evaluación de infección del virus de la hepatitis B	
Evaluación de infección del virus de la hepatitis C para adultos	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo aumentado para menores de 15 años y mayores de 65: 1 por año • Miembros con embarazo: 1 por embarazo y 1 adicional en el parto • Miembros con alto riesgo: 1 por año

	<ul style="list-style-type: none"> • Miembros nacidos entre 1945 y 1965: 1 en la vida • Miembros que recibieron una transfusión de sangre antes de 1992 • Miembros que consuman o hayan consumido drogas inyectables
Influenza b4 HIB	
HIV: evaluación	Miembros entre 15 y 65 y con alto riesgo: 1 por año Miembros con embarazo: 3 veces por embarazo
Vacuna contra la poliomielitis	
Vacuna contra la influenza (estacional) para adultos	
Vacuna contra la influenza (estacional) para niños	
Anemia por deficiencia de hierro, evaluación	
Servicio preventivo (basado en recomendaciones de grado A y B del U.S. Preventive Service Task Force – USPSTF)	Frecuencia*/Comentarios
Hiperlipidemia en niños y adultos: colesterol anormal, evaluación	
Evaluación de cáncer de pulmón	Miembros entre 50 y 80 años con antecedentes de fumador de 20 paquetes al año y fumadores actuales, o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años; 1 por año
Evaluación de trastorno depresivo grave en niños y adolescentes	Limitado a miembros de 12-18 años
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola	
Vacuna contra el meningococo	
Terapia de nutrición médica (MNT, por sus siglas en inglés)	
Evaluación de obesidad y asesoría	
Fenilcetonuria, evaluación	
Vacuna contra el neumococo	
Prevención E/M (examen físico inicial de prevención)	
Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): profilaxis preexposición: personas con alto riesgo de contraer el VIH	Profilaxis preexposición (PrEP) con tratamiento antirretroviral eficaz para personas con alto riesgo de contraer el VIH.
Evaluación de cáncer de próstata	Limitado a miembros mayores de 50 años
Incompatibilidad de RH (D): evaluación	Miembros con embarazo de gestación de 24 a 28
Vacuna contra el rotavirus	
Evaluación de rubéola	
Asesoría por infecciones de transmisión sexual	
Enfermedad de células falciformes: evaluación	Recién nacidos

Infección de sífilis, evaluación	<p>Miembros de alto riesgo: 1 en la vida</p> <p>Miembros de alto riesgo con embarazo; 1 en el tercer trimestre y 1 en el parto</p> <p>Dos sesiones anuales en persona de 30 minutos de HIBC (asesoría conductual de alta intensidad)</p>
Uso de tabaco y enfermedades causadas por el tabaco, asesoría	
Examen de tuberculosis para niños	
Vacuna contra la varicela	
Pérdida de la visión en niños	Niños de 3 a 5 años
Visita de bienestar para la mujer, que incluye atención previa a la concepción (planificación familiar) y prenatal	