2025

Tufts Health Together
with UMass Memorial Health

Manual del Miembro

751910125rev070125

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

UMass Memorial Health

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes: información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes: intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan a **888.257.1985**.

Si considera que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Tufts Health Plan
Attention: Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
1 Wellness Way
Canton, MA 02021-1166
Phone: 888.880.8699 ext. 48000, [TTY number— 866-930-9252]
Fax: 617.972.9048
Email: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles con Tufts Health Plan está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Phone: 800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Podemos brindarle información en otros formatos, tales como Braille y letras grandes y también en diferentes idiomas si lo solicita.

For no-cost translation in English, call **888.257.1985**.

Arabic .888.257.1985 للحصول على خدمة الترجمة المجانية باللغة العربية، يرجى الاتصال على الرقم

Chinese 若需免費的中文版本，請撥打 **888.257.1985**。

French Pour demander une traduction gratuite en français, composez le **888.257.1985**.

German Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die folgende Telefonnummer an: **888.257.1985**.

Greek Για δωρεάν μετάφραση στα ελληνικά, καλέστε στο **888.257.1985**.

Haitian Creole Pou tradiksyon gratis nan Kreyòl Ayisyen, rele **888.257.1985**.

Igbo Maka ntụgharị asụsụ n'Igbo na akwụghị ụgwọ, kpọọ **888.257.1985**.

Italian Per la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, è possibile chiamare il numero **888.257.1985**.

Japanese 日本語の無料翻訳については **888.257.1985** に電話してください。

Khmer (Cambodian) សម្រាប់សេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ ជាភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 888.257.1985។

Korean 한국어로 무료 통역을 원하시면, **888.257.1985** 로 전화하십시오.

Kru Inyu yangua ndonõl ni Kru sébèl **888.257.1985**.

Laotian ສໍາລັບການແປພາສາເປັນພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ **888.257.1985**.

Navajo Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' **888.257.1985**.

Persian برای ترجمه رایگان به فارسی به شماره تلفن888.257.1985 زنگ بزنید.

Polish Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer **888.257.1985**.

Portuguese Para tradução grátis para português, ligue para o número **888.257.1985**.

Russian Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру **888.257.1985**.

Spanish Para servicio de traducción gratuito en español, llame al **888.257.1985**.

Tagalog Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **888.257.1985**.

Vietnamese Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số **888.257.1985**.

Yorùbá Fún isẹ́ ògbùfọ̀ l'ọ́fẹ̀ ní Yorùbá, pe **888.257.1985**.

¡Le damos la bienvenida!

Con Tufts Health Plan, usted recibe más de su plan de salud. Tiene acceso a miles de excelentes proveedores que contratamos para brindarle cuidado de la salud de alta calidad, representantes del Equipo de Servicios para Miembros amables y serviciales, e información en su propio idioma. Como Miembro de nuestro plan de salud, obtiene todos los beneficios del programa MassHealth y EXTRAS adicionales.

Queremos que aproveche al máximo su membresía. Este manual se le entrega para que comprenda lo que necesita saber sobre su plan de salud. En este *Manual del Miembro*, hemos dejado en mayúscula las palabras y los términos importantes. Puede encontrar definiciones para cada uno de estos términos en el Glosario que comienza en la página 62.

Tufts Health Public Plans, Inc. tiene licencia como una organización de mantenimiento de la salud en Massachusetts, pero su nombre comercial es Tufts Health Plan.

Contáctenos

Teléfono: 888-257-1985 (TTY: 711 para personas con pérdida auditiva parcial o total), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos. La llamada es gratis.

Correo: Tufts Health Plan
P.O. Box 524
Canton, MA 02021-1166

Web: tuftshealthplan.com

Horario del Equipo de servicios para miembros

Un representante del Equipo de Servicios para Miembros puede responder cualquier pregunta que pueda tener. Llámenos al 888-257-1985 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos. Fuera del horario de atención, puede dejar un mensaje de voz y le responderemos al siguiente día hábil.

Visítenos en la web

Ingrese a tuftshealthplan.com para hacer lo siguiente:

- Encontrar un Proveedor primario de cuidados médicos (PCP), un especialista o un centro de salud cerca de usted
- Encontrar un Proveedor de Salud conductual cerca de usted
- Buscar formularios para solicitar una o varias recompensas EXTRAS
- Consultar nuestra biblioteca multimedia de salud y bienestar
- Registrarse en el portal para Miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin para hacer lo siguiente:
  - Conectarse con su plan de salud en cualquier lugar 24 horas al día, 7 días a la semana
  - Verificar sus beneficios
  - Escoger o cambiar su PCP
  - Confirmar Derivaciones y aprobaciones (Autorizaciones)
  - Ver o imprimir su Tarjeta de identificación de miembro
  - Actualizar su información de contacto
  - Crear un registro médico personal y privado para almacenar información sobre usted
  - Enviarnos un mensaje cuando sea conveniente para usted
- Obtener información importante, por ejemplo:
  - Cómo puede presentar una Queja o una Apelación
  - Cómo puede ejercer su derecho a solicitar una Revisión externa (Audiencia justa) si denegamos una Apelación, así como otros derechos y responsabilidades
  - Cómo podemos brindarle ayuda para que reciba la mejor atención posible
  - Cómo podemos brindarle ayuda para que reciba la atención adecuada en el lugar correcto (Administración de la utilización) (Nota: Nunca recompensamos a nuestro personal por rechazar la atención)

- Cómo usamos la información que sus Proveedores nos proporcionan para facilitarle los servicios que necesita para mejorar su salud o mantenerse lo más saludable posible (Revisión de la utilización)
- Cómo podemos recopilar, usar y divulgar información sobre usted y su salud (su Información médica protegida) de acuerdo con nuestra política de privacidad

- ¡Obtener mucha más información!

Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine

Nuestra Línea de enfermera NurseLine está disponible 24 horas al día, siete días a la semana para proporcionarle información de salud y apoyo general, incluyendo cualquier pregunta de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) que pueda tener. Puede llamar a la Línea de Enfermera NurseLine al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 711).

Otros miembros de su grupo familiar podrían ser elegibles para MassHealth

Si otras personas en su hogar podrían ser elegibles para MassHealth, puede llamar al Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos.

Si se muda

Si se muda o cambia su número de teléfono, no se olvide de actualizar su información de contacto. Debe llamar a MassHealth y Tufts Health Plan para actualizar su dirección y número de teléfono. Esto se hace para ayudarnos a garantizar que usted reciba cualquier información importante sobre su cuidado de la salud. Además, debe poner los apellidos de todos los Miembros del plan de salud de su grupo familiar en el buzón. Es posible que la oficina de correos no entregue la correspondencia de MassHealth o de Tufts Health Plan a alguien cuyo nombre no aparece en el buzón. Para actualizar su información de contacto, llame a los siguientes contactos:

- Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
- Llame al Equipo de Servicios para Miembros de su plan de salud al 888-257-1985 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos.

Además, informe a MassHealth de cualquier cambio en sus ingresos, tamaño de la familia, estado de empleo o de discapacidad, o si tiene seguros médicos adicionales.

Puede informarse sobre todas las opciones de planes de salud de MassHealth, incluyendo Tufts Health Plan, llamando al Servicio al Cliente al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Traducción y otros formatos

Si tiene alguna pregunta, necesita este documento traducido o que alguien le lea esta u otra información impresa, desea más información sobre cualquiera de nuestras recompensas EXTRAS y beneficios, o necesita acceso a los Servicios cubiertos, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos.

Podemos darle esta información en otros formatos, como Braille y tamaño de letra grande y distintos idiomas. Tenemos personal bilingüe disponible y ofrecemos servicios de traducción en hasta 200 idiomas. Todas las ayudas auxiliares y servicios de traducción están disponibles previa solicitud y son totalmente gratis para los Miembros.

Índice

Sus tarjetas de identificación 4
Su Tarjeta de identificación de miembro del plan de salud 4
Su tarjeta de identificación de MassHealth 4
Cómo obtener el cuidado de la salud que necesita 4
Dónde obtener atención 4
Acceso a los Servicios cubiertos 4
En una Emergencia 5
Situaciones de Atención de urgencia 6
Servicios hospitalarios 7
Cuando no está en su hogar 7
Los Proveedores de su plan de salud 8
El Directorio de Proveedores 8
Su PCP 8
Especialistas 10
Comunicación entre Proveedores 11
Cómo recibir una Segunda opinión 11
Continuidad de la atención 12
Miembros nuevos 12
Miembros existentes 13
Autorización previa para servicios 14
Autorizaciones de servicios estándar 15
Autorizaciones de servicios expeditas (rápidas) 15
Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones previas 15
Servicios cubiertos 16
Servicios que cubrimos 16
Servicios que cubre MassHealth 17
Servicios de Atención preventiva para adultos a partir de los 21 años 18
Cuidado de la salud para niños 18
Medicamentos y productos cubiertos, programas de farmacia y Autorizaciones previas 22
Programa de farmacia 22
Programa de terapia escalonada 25
Programa de farmacia de especialidad 25
Autorizaciones para farmacia (medicamentos y dispositivos médicos) 26
Si recibe una factura por un Servicio cubierto 26
Administración de la utilización 26
Pautas clínicas y criterios de revisión 26
Evaluación de medicamentos, tecnologías y procedimientos experimentales o en investigación 27
Ensayos clínicos calificadores 27
Gestión de la atención 27
Programa de Socios comunitarios (CP) 28
Apoyo de salud y bienestar 28
Transición de la atención 29
Gestión de la atención integrada (ICM) 30
Control de enfermedades 32
Servicios de salud comunitarios 33
Servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) 34
Programas de maternidad 34
EXTRAS 35
Tarjetas de regalo para comprar asientos de seguridad para niños 35
Recompensas por conductas saludables 35
Reembolso por acondicionamiento físico 36
Recompensas y ayuda para sus necesidades de cuidado de la salud 37
Renovación de sus beneficios 40
Fecha de entrada en vigor de la cobertura 40
Protección de sus beneficios 41
Fraude y uso indebido 41
Cancelación de la inscripción 41
Cancelación de la inscripción voluntaria 41
Cancelación de la inscripción debido a pérdida de Elegibilidad 41
Cancelación de la inscripción por causa 42
Sus derechos 42
Directivas anticipadas 43
Sus responsabilidades 44
Sus inquietudes 45
Consultas 45
Quejas 45
Apelaciones 47
¿Tiene preguntas o dudas? 51
Reclamos 51
My Ombudsman 52
Cuando tiene seguros adicionales 52
Coordinación de beneficios 53
Subrogación 53
Accidentes en vehículos motorizados y/o lesiones/enfermedades relacionadas con el trabajo 54
Cooperación de los Miembros 54
Nuestras responsabilidades 54
Notificación de las Políticas de Privacidad de Tufts Health Plan 55
Paridad en la salud mental 61
Cumplimiento con las leyes estatales y federales 61
Glosario 62
Anexo A: Lista de servicios cubiertos 70

Sus tarjetas de identificación

Su Tarjeta de identificación de miembro del plan de salud

Todos los Miembros recibirán una Tarjeta de identificación de miembro del plan de salud. Esta tarjeta contiene información importante sobre usted y sus beneficios e informa a los Proveedores y farmacéuticos que usted es un Miembro.

Compruebe que todos los datos en la tarjeta sean correctos. Si tiene preguntas o inquietudes sobre su Tarjeta de identificación de miembro del plan de salud, si la pierde o no la recibe, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos. También puede imprimir una imagen de su Tarjeta de identificación de miembro o solicitar una Tarjeta de identificación a través del portal para miembros. Inicie sesión en tuftshealthplan.com.

Su tarjeta de identificación de MassHealth

Como Miembro de MassHealth, también recibirá una Tarjeta de identificación de MassHealth. Para obtener información acerca de su Tarjeta de identificación de MassHealth, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Su Tarjeta de identificación de MassHealth se ve así:

Importante: Recuerde llevar siempre su Tarjeta de identificación de miembro del plan de salud y su Tarjeta de identificación de MassHealth para tenerlas cuando las necesite. Muestre ambas cuando reciba cuidado de la salud o surta una receta.

Cómo obtener el cuidado de la salud que necesita

Dónde obtener atención

Su plan de salud tiene una Red de Proveedores para asegurar que tenga acceso a los Servicios cubiertos.

Nuestros planes atienden a Miembros en diferentes condados y Áreas de servicio en todo Massachusetts. Para acceder a una lista específica de los condados y Áreas de servicio de su plan, llame al Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711).

Cuando elija un Proveedor primario de cuidados médicos (PCP), puede elegir cualquier PCP dentro de la red que esté en su plan y se encuentre en la Región donde usted vive. Para obtener más información sobre nuestra Red, llame al Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos. Para obtener una lista completa de nuestros Proveedores, visite tuftshealthplan.com.

Acceso a los Servicios cubiertos

El acceso a los Servicios cubiertos significa con qué prontitud debería poder recibir la atención que necesita con base en su situación. La Atención sintomática es la atención que recibe cuando tiene una enfermedad o lesión. La Atención no sintomática, también llamada Atención preventiva, es la atención que recibe cuando está bien como ayuda para mantenerse saludable.

Sus Proveedores pueden brindarle la atención que solicite dentro de los siguientes plazos:

Servicios médicos

- Atención de Emergencia: de inmediato
- Atención de urgencia: en un plazo de 48 horas de haber solicitado una cita
- Atención primaria:
  - Atención sintomática no urgente: en un plazo de 10 días de haber solicitado una cita
  - Atención no sintomática de rutina: en un plazo de 45 días de haber solicitado una cita
- Atención de especialidades:
  - Atención sintomática no urgente: en un plazo de 30 días de haber solicitado una cita
  - Atención no sintomática de rutina: en un plazo de 60 días de haber solicitado una cita

Servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias)

- Atención de Emergencia: de inmediato
- Atención de urgencia: en un plazo de 48 horas de haber solicitado una cita
- Otros servicios: en un plazo de 14 días de haber solicitado una cita
- En el caso de los servicios descritos como plan de alta de Servicios como paciente hospitalizado o de servicios alternativos de 24 horas, debe recibir atención dentro de estos plazos:
- Servicios alternativos que no sean de 24 horas: en los dos días siguientes al alta
- Gestión de medicamentos: en los 14 días siguientes al alta
- Otros servicios para pacientes externos: en los siete días siguientes al alta
- Servicios de Coordinación de cuidados intensivos (ICC): en las 24 horas siguientes a la Derivación, incluida la autoderivación. Esto incluye ofrecer una entrevista presencial con la familia.

En una Emergencia

Una Emergencia es cuando usted considera que su vida o su salud están o estarían en peligro si no recibe atención inmediata. Si considera que tiene una Emergencia médica, tome medidas inmediatas:

- Llame al 911 o
- acuda de inmediato a la sala de Emergencias más cercana.

Emergencias de Salud conductual:

- Llame al 911,
- acuda de inmediato a la sala de Emergencias más cercana, o bien

- llame a su Centro Comunitario de Salud Conductual (CBHC) local. Los CBHC proveen intervención en casos de crisis a nivel comunitario 24 horas al día, 7 días a la semana, y son una alternativa a los departamentos de emergencia. Para encontrar el CBHC más cercano, llame o envíe un mensaje de texto a la Línea de Ayuda de Salud Conductual 24 horas al día, 7 días a la semana al 833-773-BHHL, así como en línea en masshelpline.com.

También puede encontrar una lista completa de salas de emergencia y CBHC en Massachusetts en línea en tuftshealthplan.com y en el *Directorio de Proveedores*. Llámenos al 888-257-1985 para obtener una copia impresa de nuestro *Directorio de Proveedores*.

También haga lo siguiente:

- Lleve sus tarjetas de identificación del plan de salud y de MassHealth.
- Informe a su PCP y, si corresponde, a su Proveedor de Salud conductual lo que sucedió dentro de las 48 horas después de una Emergencia para recibir atención de seguimiento, si fuera necesario.

No necesita la aprobación de su Proveedor para recibir atención de Emergencia. Tiene derecho a usar cualquier Hospital u otro entorno de servicios de Emergencia. Puede recibir atención de Emergencia 24 horas al día, siete días a la semana, cuando está de viaje dentro de EE. UU. y sus territorios. También cubrimos el transporte en ambulancia por motivos relacionados con una Emergencia y Servicios de atención posteriores a la estabilización, que ayudan a que se recupere después de una Emergencia.

Un Proveedor examinará y tratará sus necesidades de salud de Emergencia antes de darle el alta o pedir su traslado a otro Hospital, si es necesario.

Ejemplos de Emergencias médicas:

- Dolor en el pecho
- Sangrado que no se detiene
- Fracturas de huesos
- Ataques o convulsiones
- Mareos o desvanecimientos
- Intoxicación o sobredosis de drogas
- Accidentes graves
- Confusión repentina
- Quemaduras graves
- Dolores de cabeza intensos
- Dificultad para respirar
- Vómitos que no se detienen

Ejemplos de Emergencias de Salud conductual:

- Deseos de autoinfligirse o lastimar a los demás
- Alucinaciones

Situaciones de Atención de urgencia

Una situación de Atención de urgencia se produce cuando usted presenta un problema de salud que requiere atención inmediata, pero no considera que se trate de una Emergencia. Por ejemplo, un problema de salud que es grave pero que no pone en riesgo su vida ni presenta un riesgo de daño permanente para la salud. En general, su PCP o su Proveedor de Salud conductual pueden atender estos problemas médicos o de Salud conductual.

En situaciones urgentes, llame a su PCP o Proveedor de Salud conductual. Puede comunicarse con cualquiera de los consultorios de sus Proveedores 24 horas al día, siete días a la semana.

De ser necesario, programe una cita con su Proveedor. El Proveedor debe prestarle atención dentro de 48 horas en caso de citas de Atención de urgencia. Si su afección empeora antes de atenderse con su PCP o Proveedor de Salud conductual, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Si tiene una preocupación de Salud conductual, también podría llamar a su CBHC local.

Si se encuentra en su Área de servicio, puede dirigirse a un centro de atención de urgencia (UCC) dentro de la red. También debería tratar de comunicarse con su PCP cuando vaya a un UCC. Para encontrar un UCC en nuestra Red de Proveedores, visite tuftshealthplan.com y use nuestra herramienta “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Servicios hospitalarios

Si necesita servicios hospitalarios para una afección que no es una Emergencia, pídale ayuda a su Proveedor para obtener estos servicios. Si necesita servicios hospitalarios en caso de una emergencia, no espere y llame al 911 o diríjase de inmediato a la sala de emergencias más cercana.

Cuando no está en su hogar

Si está de viaje y necesita servicios de Emergencia, acuda a la sala de emergencias más cercana. Si necesita Atención de urgencia, llame al consultorio de su PCP y siga las instrucciones de su Proveedor. Para otros problemas de cuidado de la salud de rutina, llame a su PCP. Para problemas de Salud conductual de rutina, llame a su Proveedor de Salud conductual. Si está fuera del Área de servicio, pero dentro de los EE. UU. o sus territorios, cubriremos solo atención de Emergencia, Servicios de atención posteriores a la estabilización o Atención de urgencia. No cubriremos:

- Exámenes o tratamiento que no sean de Emergencia que pidió su PCP, pero que usted decidió realizarse fuera del Área de servicio.
- Atención de rutina o de seguimiento que puede esperar hasta que vuelva al Área de servicio, como exámenes médicos, vacunas contra la gripe, extracción de puntos, orientación de Salud conductual.
- Atención que sabía que iba a recibir antes de salir del Área de Servicio, tal como una cirugía electiva.
- Servicios recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios.

Un Proveedor podría pedirle que pague por la atención que reciba fuera de nuestra Área de servicio en el momento del servicio. Si paga por la atención de Emergencia, los Servicios de atención posteriores a la estabilización o la Atención de urgencia que recibe fuera de nuestra Área de servicio, puede pedirnos un reembolso, siempre y cuando haya recibido esos servicios dentro de EE. UU. o sus territorios. También puede llamar a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985 para obtener ayuda con cualquier factura que reciba de un Proveedor.

Los Proveedores de su plan de salud

Para obtener información actualizada sobre los Proveedores, visite tuftshealthplan.com y use la herramienta "Find a Doctor or Hospital" (Buscar un médico u hospital), o llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos.

El Directorio de Proveedores

Nuestro *Directorio de Proveedores* enumera los siguientes tipos de Proveedores por condado y ciudad:

- Centros de atención primaria
- Proveedores primarios de cuidados médicos (PCP)
- Hospitales
- Especialistas
- Proveedores de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias)
- Centros de atención de urgencia

En nuestro *Directorio de Proveedores*, puede encontrar información importante del Proveedor, como el nombre completo, la dirección, el número de teléfono, la especialidad, el horario de atención, el acceso para discapacitados y los idiomas que habla.

Además, nuestro *Directorio de Proveedores* incluye todas las farmacias, establecimientos (como establecimientos de enfermería especializada), Proveedores auxiliares (como quiroprácticos o Servicios de atención paliativa), servicios de Emergencia hospitalarios, Centros Comunitarios de Salud Conductual (CBHC) y distribuidores de equipo médico duradero (incluyendo andadores, sillas de ruedas, camas de hospital y equipo de oxígeno para el hogar) que están dentro de la red.

Si desea una copia de nuestro *Directorio de Proveedores*, llámenos y solicite que le enviemos una. También podemos proporcionarle información sobre un Proveedor que no esté incluido en el *Directorio de Proveedores* o información sobre los PCP y otros Proveedores enumerados en el *Directorio de Proveedores*, como la especialidad y las calificaciones profesionales de un Proveedor, los nombres de cualquiera de las escuelas médicas o profesionales a las que asistió, el lugar donde realizó una residencia o capacitación, y en el caso de los médicos, el estado de la certificación de la junta. Llámenos al 888-257-1985 y con gusto le ofrecemos asistencia.

Su PCP

Un Proveedor primario de cuidados médicos (PCP) es el Proveedor que administra su atención. Puede elegir un médico, un enfermero practicante o un asistente médico certificado como su PCP.

Como miembro, debe tener un PCP. El PCP es el proveedor al que debe llamar por cualquier tipo de necesidad de cuidado de la salud, a menos que tenga una emergencia. Puede llamar al consultorio del PCP 24 horas al día, siete días a la semana. Si el PCP no está disponible, otra persona en el consultorio del PCP podrá ayudarlo. Si tiene problemas para comunicarse con el PCP, llámenos al 888-257-1985 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto los días festivos. Fuera del horario de atención, puede dejar un mensaje de voz y le responderemos al siguiente día hábil. Puede llamar a nuestra

línea de enfermería, 24/7 NurseLine, si necesita ayuda para decidir si su enfermedad requiere atención de emergencia. Llame en cualquier momento al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Consulte la página 1 para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros.

Para encontrar un PCP y conocer la ubicación de su consultorio, visite tuftshealthplan.com y use la herramienta “Find a Doctor or Hospital” (Buscar un médico u hospital). También puede llamarnos al 888-257-1985 y solicitar ayuda para encontrar y elegir un PCP ubicado en la Región donde vive.
Lo siguiente es lo que el PCP puede hacer por usted:

- Proporcionar controles y evaluaciones regulares, lo que incluye evaluaciones de Salud conductual
- Ayudar a que reciba el cuidado de la salud que necesita
- Coordinar los exámenes, los procedimientos de laboratorio o las visitas al hospital necesarios
- Conservar sus registros médicos
- Recomendar Especialistas, cuando es necesario
- Proveer información sobre los Servicios cubiertos que necesitan Autorización previa (permiso) antes de que reciba tratamiento
- Proporcionarle las Derivaciones que necesite antes de recibir tratamiento
- Expedir recetas, cuando sea necesario
- Ayudar a que obtenga servicios de Salud conductual cuando sea necesario

Asignación del PCP y del plan de salud

La Red del PCP que haya elegido determina el plan de salud al que pertenece. Su PCP pertenece a la Organización de Atención Responsable (ACO, por sus siglas en inglés) de UMass Memorial Health. Una ACO es un equipo de médicos y proveedores de atención médica liderados por su PCP. La misión del equipo es ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud y, al mismo tiempo, facilitarle la obtención de atención de alta calidad.

Si no desea permanecer con su PCP, siempre puede elegir un PCP diferente dentro la Red ACO llamando al 888-257-1985 o usando nuestro portal para miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin. Puede elegir un PCP fuera de su Red ACO durante el Período de Selección del Plan anual comunicándose con MassHealth.

Cómo recibir atención fuera del horario de atención

Hable con su PCP para saber cómo recibir servicios fuera del horario de atención normal. Algunos PCP pueden tener un horario de atención prolongado. Si necesita Atención de urgencia fuera del horario de atención habitual, llame al consultorio de su PCP. Los PCP tienen Proveedores sustitutos que trabajan fuera del horario de atención. Si tiene problemas para comunicarse con el Proveedor, llámenos al 888-257-1985.

Puede acercarse a un centro de atención de urgencia (UCC) fuera del horario de atención. También debería tratar de comunicarse con su PCP cuando vaya a un UCC. Para encontrar un UCC en nuestra Red de Proveedores, visite tuftshealthplan.com y use nuestra herramienta “Find a Doctor or Hospital” (Buscar un médico u hospital).

Puede recibir apoyo de salud gratis, como orientación sobre asuntos de salud e información sobre síntomas, diagnósticos o tratamientos, que contribuyan a mantener su salud. El apoyo está disponible 24 horas al día, siete días a la semana. Puede llamar a nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine si necesita ayuda para decidir si su enfermedad requiere atención de Emergencia. Llame en cualquier momento al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 711). Puede recibir ayuda en muchos idiomas. Recuerde que la Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine no reemplaza a su PCP.

Especialistas

Los Especialistas son Proveedores que tienen capacitación adicional y que se especializan en un tipo de atención o en una parte del cuerpo.

Puede que a veces necesite consultar con un Especialista, como un cardiólogo (médico del corazón), un dermatólogo (médico de la piel) un oftalmólogo (médico de los ojos) o, para los servicios de Salud conductual, con un psicólogo, un psiquiatra, un consejero o un trabajador social. Los Miembros de Tufts Health Together que tienen necesidades especiales de cuidado de la salud cuentan con acceso directo a los Especialistas de la Red de Tufts Health Together que pueden ayudar a controlar y tratar sus necesidades especiales de cuidado de la salud.

Para buscar un Especialista, hable con su PCP. También puede llamarnos al 888-257-1985 o visitar tuftshealthplan.com y usar la herramienta “Find a Doctor or Hospital” (Buscar un médico u hospital) para buscar un Especialista. También incluimos Especialistas en nuestro *Directorio de Proveedores*; llámenos para solicitar una copia. En primer lugar, debería analizar con el PCP su necesidad de consultar con un Especialista y después llamar al Especialista para programar una cita.

Referidos

Un referido es una orden escrita de su PCP para que usted acuda a un Especialista u obtenga ciertos servicios cubiertos de un Proveedor participante de Tufts Health Together. Siempre que sea posible, su PCP lo referirá dentro de su red de ACO. Los referidos a Proveedores adicionales de Tufts Health Together fuera de su Red de ACO pueden ocurrir cuando:

- Su ACO no dispone de una especialidad concreta,
- Tiene una relación previa con un Proveedor,
- No se puede concertar una cita a tiempo para atender sus necesidades médicas, o

Su PCP considera que el referido es lo mejor para usted.

El referido le permite al PCP guiar mejor la atención y los servicios que necesita de los Proveedores a los que acude. No necesitará referidos del PCP para los servicios de Salud Conductual para pacientes externos, los servicios de atención de emergencia, los centros de atención de urgencia, los Servicios de atención posteriores a la estabilización, los Servicios de planificación familiar de cualquier Proveedor de servicios de planificación familiar contratado por MassHealth o para los servicios de obstetricia/ginecología.

Siempre debe llamar a su PCP o proveedor de cuidado de la salud si tiene preguntas sobre el estado de un referido.

Se requiere Autorización previa para ciertos servicios, así como para un referido. Consulte la sección "Autorización previa de servicios" a partir de la página 12. Tenga en cuenta que siempre se requiere

Autorización Previa de Tufts Health Plan para acudir a un Especialista fuera de la red. Consulte la siguiente sección para obtener más información.

Cómo atenderse con un Especialista fuera de la red

El PCP debe solicitar y obtener una Autorización previa antes de que usted se atienda con un Especialista fuera de la red. Puede pedirle a su PCP que solicite la Autorización previa. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985.

Puede acudir a un Especialista fuera de la red en estos casos:

- Un Proveedor dentro de la red participante no está disponible debido a la ubicación
- Un atraso para ver a un Proveedor dentro de la red, que no se debe a una cuestión vinculada al Miembro, tendría como consecuencia una interrupción en el acceso a servicios Médicamente necesarios
- No hay un Proveedor dentro de la red participante con las calificaciones y la pericia que necesita para cubrir su necesidad de cuidado de la salud

No pague a un Proveedor fuera de la red si le factura por sus Servicios cubiertos. El Proveedor debe facturar directamente a Tufts Health Plan. Si recibe una factura de un Proveedor, llame a Servicios para Miembros al 888-257-1985.

Consulte la sección “Continuidad de la atención” más adelante si califica para la Continuidad de la atención.

Comunicación entre Proveedores

Es buena idea que su Proveedor comparta información sobre su atención con otros Proveedores. Cuando hay más de un Proveedor que interviene en su atención, compartir información los ayuda a coordinar los servicios que recibe, lo que puede dar lugar a una mejor calidad de atención. Debe proporcionar permiso a los Proveedores para compartir su información. Su médico o terapeuta de Salud conductual puede hablar más con usted sobre qué Proveedores deberían recibir la información y responder cualquier pregunta que tenga antes de recibir su permiso.

Cómo recibir una Segunda opinión

Nuestros Miembros pueden obtener una Segunda opinión de un Proveedor diferente sobre una afección médica o de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) o sobre un tratamiento y un plan de atención propuestos. Puede obtener una Segunda opinión sobre un problema o una inquietud médica por parte de un Proveedor dentro de la red sin Autorización previa. Pagaremos cualquier costo relacionado para que usted reciba una Segunda opinión de un Proveedor dentro de la red contratado o, con Autorización previa, de un Proveedor que no forme parte de la Red de Proveedores. Puede ver la lista más actualizada de los Proveedores dentro de la red en tuftshealthplan.com. Llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos, para obtener ayuda o más información sobre cómo buscar un Proveedor para recibir una Segunda opinión.

Continuidad de la atención

Miembros nuevos

Si es un Miembro nuevo de nuestro Plan, nos aseguraremos de que siga recibiendo toda la atención que recibe actualmente sin inconvenientes en la medida de lo posible. Si el Proveedor con el que se atiende no forma parte de nuestra Red, es posible que nuestra política de Continuidad de la atención pueda cubrir algunos de sus servicios de salud, incluyendo los servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias). Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, puede continuar recibiendo atención de un Proveedor que no sea parte de nuestra Red. Debe llamar al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos, y comunicarnos que desea seguir atendiéndose con determinado Proveedor.

- Si está embarazada, puede seguir acudiendo a su Proveedor actual de cuidados prenatales hasta que ocurra el parto y después para la atención posparto inmediata y para las citas de seguimiento durante las seis primeras semanas después del parto.
- Si está recibiendo atención médica para pacientes externos o cuidados para una enfermedad crónica o aguda (con un tratamiento como diálisis, servicios de salud a domicilio, quimioterapia o radioterapia), puede seguir atendiéndose con su Proveedor hasta 30 días después de la inscripción.
- Si está recibiendo atención de Salud conductual o de trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos, puede seguir consultando a su Proveedor hasta 90 días después de la inscripción.
- Si su PCP actual no es Proveedor de nuestro plan de salud, puede seguir acudiendo a este hasta 30 días después de la inscripción.
- Si tiene necesidades importantes de cuidado de la salud o una afección médica compleja, incluyendo una enfermedad mental grave o persistente, puede que le permitan seguir atendiéndose con su Proveedor durante un máximo de 30 días.
- Si está recibiendo atención para pacientes hospitalizados (médica o de Salud conductual/trastorno por consumo de sustancias) de un hospital en el momento de su inscripción, puede continuar recibiendo la atención hasta el alta, siempre que los servicios proporcionados sean Médicamente necesarios.
- Si está recibiendo activamente servicios de análisis conductual aplicado (ABA) para el trastorno del espectro autista (TEA) o servicios de intervención conductual intensiva temprana y tiene una Autorización previa vigente para dichos servicios, puede seguir recibiéndolos durante 90 días después de la inscripción.
- Si ya tiene una receta, le proporcionaremos los resurtidos recetados de sus medicamentos, a menos que la receta requiera una autorización previa. Si se requiere una autorización previa, le proporcionaremos un suministro de sus medicamentos para 72 horas hasta que su proveedor nos envíe la información que nos permita aprobar la autorización previa. Si tenía una receta de un medicamento para tratar una condición cardíaca crónica, la diabetes (insulina) o el asma, puede recibir un surtido para 30 días, incluso si no tiene resurtidos recetados en el expediente.
- Si, en el momento de su inscripción, estaba recibiendo los siguientes servicios autorizados por MassHealth, por una Organización de Atención Administrada contratada por MassHealth, por un Plan

de Atención Compartida responsable de MassHealth o por una aseguradora comercial, puede continuar recibiendo estos servicios durante 30 días después de la inscripción. Estos incluyen:

- Equipo médico duradero (DME)
- Productos protésicos, ortopédicos y suministros (POS)
- Fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) o terapia del habla (ST)
- Cirugías programadas
- Servicios de especialidad fuera del área
- Admisiones en residencias para adultos mayores

Recuerde que es importante que se comunique con nosotros si desea obtener un tratamiento continuado como se detalla anteriormente. Después de que finalice el período específico de Continuidad de la atención, puede continuar recibiendo atención o tratamiento con un Proveedor dentro de la red. Para elegir un nuevo Proveedor, llámenos al 888-257-1985.

Le permitiremos recibir un tratamiento continuado por parte de un Proveedor fuera de la red únicamente si el Proveedor acepta nuestros términos relacionados con el pago, la calidad, las Derivaciones y otras políticas y procedimientos.

Miembros existentes

Si se cancela la inscripción en la Red de su PCP o de otro Proveedor por motivos que no tienen relación con la calidad de la atención o el Fraude, o si el PCP o Proveedor ya no ejerce, haremos todo lo posible para informárselo al menos 30 días antes de la Cancelación de la inscripción. Cuando sea posible, puede que tengamos la posibilidad de seguir cubriendo algunos de sus servicios de cuidado de la salud según nuestra política de Continuidad de la atención, con la condición de que alguna de las siguientes situaciones se aplique a su caso. Si califica, debe llamarnos al 888-257-1985 y comunicarnos que desea seguir atendiéndose con su Proveedor.

- Si está embarazada, puede seguir acudiendo a su Proveedor actual de cuidados prenatales hasta que ocurra el parto y después para la atención posparto inmediata y para las citas de seguimiento durante las seis primeras semanas después del parto.
- Si recibe atención médica como paciente externo debido a una afección médica crónica o aguda (con un tratamiento como diálisis, servicios de salud a domicilio, quimioterapia o radiación), incluyendo servicios autorizados previamente o Servicios cubiertos, es posible que pueda seguir atendiéndose con su Proveedor durante el período de tratamiento activo actual o durante un máximo de 90 días después de que le comuniquemos que el Proveedor ya no es parte de nuestra Red (el período que sea más corto).
- Puede continuar consultando a su PCP por hasta 30 días después de que su PCP sea dado de baja de la red.
- Si tiene necesidades importantes de cuidado de la salud o una afección médica compleja, incluyendo una enfermedad mental grave o persistente, puede que le permitan seguir atendiéndose con su Proveedor durante al menos 30 días.

Le permitiremos recibir un tratamiento continuado por parte de un Proveedor fuera de la red únicamente si el Proveedor acepta nuestros términos relacionados con el pago, la calidad, las Derivaciones y otras políticas y procedimientos.

Autorización previa para servicios

Su Proveedor primario de cuidados médicos (PCP) trabaja con sus demás Proveedores para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Para algunos servicios, su PCP u otro Proveedor deberán pedirnos una Autorización previa (permiso) antes de aprobar que usted reciba esos servicios. Consulte su *Lista de servicios cubiertos* en el Apéndice A de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles sobre los servicios que necesitan Autorización previa.

Su PCP u otro Proveedor nos pedirán una Autorización previa cuando usted necesite un servicio o recibir atención de un Proveedor que requiere aprobación previa. Para estas solicitudes, decidiremos si el servicio es Médicamente necesario y comprobaremos si, alternativamente, contamos con un Proveedor dentro de la red calificado que pueda proporcionarle el servicio. Si no contamos con un Proveedor dentro de la red que pueda tratar su afección médica, autorizaremos que consulte a un Proveedor fuera de la red. Para obtener la lista más actualizada de todos nuestros Proveedores dentro de la red, visite tuftshealthplan.com y use la herramienta “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Los siguientes servicios nunca requieren Autorización previa:

- Servicios de atención de Emergencia
- Centros de atención de urgencia
- Servicios de atención posteriores a la estabilización
- Servicios de planificación familiar de cualquier Proveedor de Servicios de planificación familiar contratado por MassHealth
- Orientación de Salud conductual (salud mental) dentro de la red para pacientes externos
- Psicoterapia grupal para pacientes externos
- Consultas sobre trastorno por consumo de sustancias
    - Servicios de tratamiento agudo de nivel 3.7
    - Servicios de estabilización clínica de Nivel 3.5
    - Tratamiento estructurado de adicciones para pacientes externos
    - Hospitalización parcial de Nivel 2.5
    - Servicios de tratamiento agudo mejorado/tratamiento agudo con diagnóstico dual
    - Psicoterapia para pacientes externos en el tratamiento del consumo de sustancias

Si se convierte en Miembro luego de cambiarse de otro plan de MassHealth y ya había comenzado un tratamiento (como cuidados prenatales en curso) con un Proveedor que no tiene un contrato con nosotros,

revisaremos el tratamiento y podríamos aprobar su tratamiento continuado por parte del mismo Proveedor. Para obtener más información, consulte la sección “Continuidad de la atención” en la página 12.

Autorizaciones de servicios estándar

Tomamos decisiones de Autorización de servicios estándar tan pronto como su afección médica lo requiera, pero en un plazo de no más de 14 días después de que recibimos la solicitud. Usted, su Representante designado, si identifica uno, su Proveedor o nosotros podemos prolongar este plazo 14 días más en estos casos:

- Usted, su Representante designado o su Proveedor solicitan una extensión o
- Podemos demostrar que la extensión es conveniente para usted, necesitamos más información, creemos que tendremos la información dentro de 14 días y consideramos que la información permitiría aprobar la solicitud.

Si decidimos prolongar el plazo de 14 días, le enviaremos una carta explicando el motivo. También le informaremos sobre su derecho a presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de prolongar el plazo. Si no actuamos dentro de estos plazos, usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación interna.

Autorizaciones de servicios expeditas (rápidas)

Su Proveedor puede solicitar una decisión de Autorización de servicios expedita (rápida) si tomarse el tiempo para una decisión de Autorización estándar podría poner gravemente en riesgo su vida, su salud o su capacidad de obtener, mantener o recuperar su función al máximo. Tomamos decisiones de Autorización expeditas tan pronto como su salud lo requiera, y en un plazo de no más de 72 horas después de que recibimos la solicitud de servicio expedito. Usted, su Representante designado, su Proveedor o nosotros podemos prolongar este plazo 14 días adicionales en los siguientes casos:

- Usted, su Representante designado o su Proveedor solicitan una extensión o
- Podemos demostrar que la extensión es conveniente para usted, necesitamos más información, creemos que tendremos la información dentro de 14 días y consideramos que la información permitiría aprobar la solicitud.

Si decidimos prolongar el plazo de 72 horas, le enviaremos una carta explicando el motivo. También le informaremos sobre su derecho a presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de prolongar el plazo. Si no actuamos dentro de estos plazos, usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación interna.

Para obtener detalles sobre la solicitud de una Apelación interna o la presentación de una Queja, consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 45.

Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones previas

Una vez que revisemos la solicitud de servicios, se lo comunicaremos a su Proveedor. Si autorizamos los servicios, le enviaremos una carta de Autorización a su Proveedor con los servicios que aceptamos cubrir. El Proveedor que proporcione los servicios debe tener esta carta de Autorización antes de que usted reciba los servicios que requieren una Autorización. Su Proveedor puede solicitarnos una Autorización adicional si

usted necesita otros servicios además de los que hemos autorizado. Si aprobamos la solicitud de servicios adicionales, le enviaremos al Proveedor otra carta de Autorización de servicios.

Si no autorizamos ninguno de los servicios solicitados, autorizamos solo algunos de los servicios solicitados o no autorizamos el monto total, la duración o el alcance de los servicios solicitados, le enviaremos a usted, a su Representante designado y a su Proveedor una carta de denegación. No pagaremos por ningún servicio no autorizado. Si firma una exención válida con un Proveedor por servicios no autorizados, es posible que deba hacerse cargo del pago. También le enviaremos a usted, a su Representante designado y a su Proveedor una notificación si decidimos reducir, suspender o detener los servicios autorizados previamente. Si no está de acuerdo con alguna de estas decisiones, usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación interna. Para obtener detalles sobre la solicitud de una Apelación interna, consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 45.

Servicios cubiertos

Servicios que cubrimos

Como Miembro nuestro, recibe algunos servicios de nosotros y otros servicios de MassHealth, pero nosotros coordinamos todos los Servicios cubiertos y los beneficios para usted. Los servicios que recibe de nosotros directamente incluyen todos los Servicios cubiertos y los beneficios enumerados en la *Lista de servicios cubiertos* para los planes MassHealth Standard/CommonHealth, Family Assistance o CarePlus. Puede comenzar a recibir los Servicios cubiertos a partir de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura de su inscripción. Consulte la *Lista de servicios cubiertos* para obtener detalles, incluyendo los requisitos de la Autorización previa para Miembros. Nota: Los beneficios están sujetos a cambios; visite tuftshealthplan.com para obtener la información más actualizada. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cualquiera de nuestros beneficios o Servicios cubiertos, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos. Podemos proporcionarle información en otros formatos, como en Braille, en un tamaño de letra grande y en distintos idiomas. Tenemos personal bilingüe a su disposición y ofrecemos servicios de traducción en 200 idiomas. Todos los servicios de traducción son gratuitos para los Miembros.

Asegúrese de mostrar siempre sus Tarjetas de identificación de miembro de su plan de salud y de MassHealth cuando reciba servicios de cuidado de la salud. Puede recibir servicios de Emergencia de cualquier Proveedor de servicios de Emergencia. Puede recibir Servicios de planificación familiar de cualquier Proveedor de Servicios de planificación familiar contratado por MassHealth. No se requiere Autorización previa para la mayoría de los Servicios cubiertos, incluyendo el cuidado de la salud de Emergencia, los Servicios de atención posteriores a la estabilización, los Servicios de planificación familiar y la orientación en Salud conductual (salud mental) para pacientes externos dentro de la red. Consulte su *Lista de servicios cubiertos* para obtener detalles sobre los servicios que pueden requerir Autorización previa para los Miembros de los planes MassHealth Standard/CommonHealth, Family Assistance o CarePlus. Tomaremos una decisión basada en si necesita los servicios y si los recibirá en el lugar correcto.

Servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias)

Disponemos de diferentes niveles de servicios de Salud conductual en función de sus necesidades. Consulte todos los servicios (incluyendo servicios de pacientes hospitalizados, pacientes externos, trastornos por consumo de sustancias y alternativos) en la *Lista de servicios cubiertos*. Siempre y cuando consulte a un Proveedor dentro de la red, no necesita Autorización previa para cualquier consulta para pacientes externos

de orientación o terapia sobre trastornos por consumo de sustancias, consultas de terapia u orientación en grupo, u orientación de Salud conductual (salud mental) para pacientes externos dentro de la red. Consulte una lista de los Proveedores que pueden ayudar a que obtenga estos servicios en tuftshealthplan.com.

Si necesita ayuda para encontrar a un Proveedor de Salud conductual, llámenos al 888-257-1985.

A cualquier hora, si está teniendo una Emergencia de Salud conductual, llame al 911, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame a su Centro Comunitario de Salud Conductual (CBHC) local. Para obtener una lista completa de las salas de emergencias y los CBHC en todo el estado, llámenos al 888-257-1985 o visite tuftshealthplan.com. Para encontrar el CBHC más cercano, llame a la Línea de ayuda de Salud Conductual 24 horas al día, 7 días a la semana y envíe un mensaje de texto al 833-773-BHHL, o visite el sitio masshelpline.com. Cada llamada, mensaje de texto o conversación de chat incluye un seguimiento clínico.

Servicios que cubre MassHealth

Como beneficio de MassHealth, podría ser elegible para recibir Servicios cubiertos de una Organización de atención sin responsabilidad/Organización de atención administrada, como una doula, un auxiliar de atención personal (PCA) o servicios de habilitación diurna. Le brindaremos ayuda para acceder a estos servicios mediante educación y coordinación de esfuerzos si nos llama al 888-257-1985, o puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711).

Consulte la *Lista de servicios cubiertos* para obtener los detalles y las limitaciones de los servicios que cubre MassHealth para los Miembros de los planes MassHealth Standard/CommonHealth, Family Assistance o CarePlus.

Como beneficio de MassHealth, podría ser elegible para recibir ayuda en la coordinación de transporte que no sea de Emergencia para asistir a las consultas de cuidado de la salud. Nota: El transporte que no sea de Emergencia debe realizarse en un radio de 50 millas dentro de la frontera estatal de Massachusetts. Ayudamos a coordinar este servicio con MassHealth para usted. Para obtener ayuda en la programación de transporte que no sea de Emergencia para el que pueda calificar, debe:

- Tener una cita para un servicio Médicamente necesario y
- Ver a un Proveedor de MassHealth.

Además, debe:

- Tener una razón médica por la que no pueda usar el transporte público o
- No poder acceder al transporte público o
- No tener a nadie que le preste transporte a la cita.

Para obtener más información sobre los servicios de transporte que no sea de Emergencia para los que pueda ser elegible, llámenos al 888-257-1985. Llámenos con la mayor anticipación posible a su cita para que podamos ofrecerle la mejor asistencia.

Servicios de Atención preventiva para adultos a partir de los 21 años

Debe visitar a su Proveedor primario de cuidados médicos (PCP) para obtener Atención preventiva, también conocida como Atención no sintomática. Estos son algunos ejemplos de Atención preventiva para adultos a partir de los 21 años:

- Controles: de una vez al año a cada tres años
- Controles de la presión sanguínea: al menos cada dos años
- Análisis del colesterol: cada cinco años
- Exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou (para mujeres): la primera prueba de Papanicolaou y el primer examen pélvico deben realizarse tres años después de la primera relación sexual o a los 21 años y continuar de una vez al año a cada tres años dependiendo de los factores de riesgo
- Exámenes de detección del cáncer de mama (mamografía): cada año después de cumplir los 40
- Examen de detección de cáncer colorrectal: cada 10 años, a partir de los 50 años
- Vacunas contra la gripe: cada año
- Exámenes oftalmológicos: una vez cada 24 meses
- Servicios dentales: llámenos para consultar sobre su cobertura dental específica

Cuidado de la salud para niños

Atención preventiva y de niño sano para todos los niños

Es importante que los niños, adolescentes y adultos jóvenes asistan a controles regulares con el PCP para que puedan mantenerse saludables. Los niños menores de 21 años deben asistir a controles con el PCP al menos una vez al año, incluso si se encuentran bien. En un control de niño sano, el PCP de su hijo revisa el desarrollo, la salud, la visión, la salud dental, la audición, la Salud conductual y la necesidad de vacunas de su hijo.

Pagamos al PCP de su hijo por los controles de niño sano, así que asegúrese de programarlos. En estos controles, el PCP de su hijo puede encontrar y tratar problemas pequeños antes de que se conviertan en problemas grandes.

Estas son las edades en las que se debe llevar a un niño a que le realicen exámenes físicos completos y evaluaciones:

- Entre la primera y la segunda semana de vida
- Al mes
- A los dos meses
- A los cuatro meses
- A los seis meses
- A los nueve meses
- A los 12 meses
- A los 15 meses
- A los 18 meses
- De los 2 a los 20 años, los niños deben atenderse con su PCP una vez al año

Los niños también deben consultar al PCP siempre que haya una preocupación sobre alguna necesidad médica, emocional o de Salud conductual, incluso si no es el momento de un control regular.

MassHealth exige que los PCP y los enfermeros ofrezcan usar herramientas de evaluación estandarizadas, aprobadas por MassHealth, durante las consultas de niño sano para comprobar si el niño tiene alguna necesidad de Salud conductual. Las herramientas de evaluación son cuestionarios cortos o listas de verificación que un padre o niño (dependiendo de la edad) llena y luego revisa con el PCP o enfermero.

El PCP hablará sobre la evaluación completa con usted. La evaluación ayuda a usted y a su Proveedor a decidir si su hijo puede necesitar evaluaciones adicionales de un Proveedor de Salud conductual o de otro profesional médico. Si usted, su médico o enfermero consideran que su hijo necesita ver a un Proveedor de Salud conductual, llámenos al 888-257-1985. Podemos brindarle información y ayuda.

Servicios de Evaluación periódica y temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)/Evaluación y diagnóstico preventivos para el cuidado de la salud pediátrico (PPHSD).

Los servicios de EPSDT/PPHSD incluyen cuidado de la salud, evaluación, diagnóstico, tratamiento y otra atención que usted o su hijo necesiten para corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones mentales y físicas. Si usted o su hijo son menores de 21 años, y un PCP descubre una afección de salud o conductual, pagaremos todos los tratamientos Médicamente necesarios que la ley federal de Medicaid cubre, incluso si los servicios no se encuentran en su *Lista de servicios cubiertos*. El tratamiento debe ser proporcionado por un Proveedor que esté calificado y dispuesto a proporcionar los servicios, y el Proveedor debe comunicarnos por escrito que los servicios son Médicamente necesarios. Usted y su PCP pueden solicitar ayuda sobre cómo encontrar un Proveedor dentro de la red que le brinde estos servicios o cómo usar Proveedores fuera de la red, si es necesario.

Consulte los servicios que cubrimos en la *Lista de servicios cubiertos*. Si no cubrimos los servicios de tratamiento que necesita, o si su *Lista de servicios cubiertos* no los incluye, el Proveedor que brinde los servicios puede solicitarnos una Autorización previa. Pagaremos los servicios de tratamiento si aceptamos que los servicios son Médicamente necesarios y proporcionamos una Autorización previa.

Si no aprobamos la solicitud para la Autorización previa, usted tiene derecho a apelar. Para obtener más información sobre el proceso de Queja y Apelación, consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 45. Hable con el PCP, el Proveedor de Salud conductual u otro Especialista de su hijo para recibir ayuda con la obtención de estos servicios.

Nota: “EPSDT” es el nombre de los servicios para los Miembros inscritos en MassHealth Standard/CommonHealth. “PPHSD” es el nombre para los miembros inscritos en MassHealth Family Assistance. No hay diferencia en el alcance de los servicios ni en los requisitos legales entre ambos. Consulte la página web de MassHealth Niños y Adultos Jóvenes para obtener más información.

Servicios de Salud conductual para niños

El Proveedor de Salud conductual de su hijo hará una evaluación de Salud conductual, incluyendo el uso de la herramienta llamada Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (CANS). La herramienta CANS otorga a los Proveedores de Salud conductual una forma estandarizada de organizar la información durante las evaluaciones clínicas de Salud conductual para Miembros menores de 21 años y durante el proceso de planificación del alta para servicios de hospitalización psiquiátrica y tratamiento agudo comunitario.

El Proveedor de Salud conductual de su hijo usa la herramienta CANS durante una evaluación inicial —y al menos cada 180 días en adelante— mientras revisa el plan de tratamiento de su hijo en relación con lo siguiente:

- Terapia ambulatoria (evaluaciones diagnósticas, individuales, familiares y grupales)
- Servicios de terapia a domicilio
- Coordinación de cuidados intensivos (ICC)

El Proveedor de Salud conductual de su hijo también completa la herramienta CANS durante el proceso de planificación del alta en los siguientes servicios de atención con un nivel de disponibilidad de 24 horas:

- Hospitalizaciones psiquiátricas en Hospitales para casos agudos, Hospitales psiquiátricos y Hospitales para pacientes hospitalizados crónicos y en rehabilitación
- Tratamiento agudo comunitario (CBAT) y tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT)

Para obtener más información sobre cómo recibir servicios de Salud conductual o encontrar un Proveedor de Salud conductual, puede hablar con su PCP o llamarnos al 888-257-1985. También puede encontrar esta información en nuestro *Directorio de Proveedores* y usando la herramienta “Find a Doctor or Hospital” (Buscar un médico u hospital) en tuftshealthplan.com.

Iniciativa de Salud Conductual para Niños (CBHI)

La CBHI es una iniciativa estatal que garantiza que los Miembros, incluidos los niños y jóvenes menores de 21 años con necesidades importantes de Salud conductual, emocional y mental, reciban los servicios necesarios para estar bien en sus hogares, en la escuela y en la comunidad.

Como parte de la CBHI, el estado ha expandido los servicios de Salud conductual para ciertos niños y jóvenes menores de 21 años para que incluyan, cuando sea Médicamente necesario, servicios basados en el hogar y la comunidad. Por ejemplo:

- Intervención móvil en caso de crisis
- Terapia a domicilio
- Servicios conductuales a domicilio
- Apoyo familiar y capacitación
- Asesoría terapéutica
- Coordinación de cuidados intensivos (ICC)

Una red de la CBHI ofrece ICC, apoyo familiar y servicios de capacitación a los jóvenes elegibles de MassHealth con trastornos emocionales graves (SED) y sus familias o cuidadores. Existen 32 agencias en todo el estado que coordinan los servicios de la CBHI, conocidas como Agencias de Servicio de la Comunidad (CSA). Para obtener más información sobre los servicios de CBHI o sobre cómo buscar una CSA, puede hablar con su PCP o llamarnos al 888-257-1985.

También puede encontrar esta información en tuftshealthplan.com y en nuestro *Directorio de Proveedores*.

Su hijo también es elegible para una gama completa de servicios de Salud conductual, que incluye:

- Terapia individual, grupal o familiar
- Atención hospitalaria parcial, que consiste en que su hijo recibe algunos servicios en un hospital, pero aún vive en su hogar
- Atención para pacientes hospitalizados

Para obtener más información, llámenos al 888-257-1985 o visite tuftshealthplan.com.

Atención dental para niños

MassHealth paga los servicios de salud dental, como evaluaciones y limpiezas, para los niños menores de 21 años. El PCP de su hijo hará un examen dental en cada control de niño sano hasta que su hijo cumpla 3 años. Después de que su hijo cumpla 3 años, su PCP le indicará que comience a llevar a su hijo al dentista. Si su hijo es menor de 3 años y el PCP considera que hay problemas, el PCP podría sugerir que lleve al niño al dentista antes.

Cuando su hijo vaya al dentista, se le realizará un examen dental competo, limpieza dental y tratamiento con flúor. Asegúrese de que su hijo reciba:

- Un control dental cada seis meses, comenzando a más tardar a los 3 años
- Una limpieza dental cada seis meses, comenzando a más tardar a los 3 años
- Otros tratamientos dentales que necesite, incluso antes de los 3 años, si el PCP o dentista de su hijo encuentra problemas en los dientes o la salud oral de su hijo

Se recomienda barniz de flúor cada seis meses desde que sale el primer diente (generalmente a los seis meses) hasta que el niño cumpla seis años. Este servicio está destinado principalmente a niños de 0 a 6 años, pero puede estar cubierto hasta los 21 años. Los médicos, asistentes médicos, enfermeros practicantes, enfermeros titulados y enfermeros prácticos autorizados pueden aplicar el barniz de flúor.

Los niños menores de 21 años e inscritos en los planes MassHealth Standard o CommonHealth pueden recibir todo el tratamiento Médicamente necesario que esté cubierto según la ley de Medicaid, incluyendo tratamiento dental, incluso si MassHealth no cubre el servicio.

Los niños menores de 21 años e inscritos en MassHealth Family Assistance pueden recibir todos los servicios Médicamente necesarios cubiertos por su tipo de cobertura, incluyendo el tratamiento dental. Hable con el PCP o dentista de su hijo para recibir ayuda con la obtención de estos servicios. Los niños pueden atenderse con cualquier dentista de MassHealth. Los niños pueden consultar con un dentista antes de los 3 años.

Servicios de intervención temprana

La intervención temprana (EI) es un programa para niños menores de 3 años que presentan retrasos del desarrollo o corren el riesgo de padecerlos. Los servicios de EI ofrecen actividades personalizadas y adecuadas al desarrollo dentro de la vida cotidiana del niño y su familia.

Los niños menores de 3 años pueden recibir los servicios a través de un programa de EI de nuestro plan de salud. Su hijo puede recibir estos servicios en el hogar o en un centro de EI. El personal del programa de EI

incluye enfermeros, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas o terapeutas del habla y el lenguaje, psicólogos y trabajadores sociales.

Hable con el PCP de su hijo lo antes posible si cree que su hijo tiene problemas de crecimiento o desarrollo. También puede comunicarse con el programa de EI de su localidad de manera directa.

Servicios para trastorno del espectro autista en niños

Los niños menores de 21 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) que cuenten con MassHealth Standard o CommonHealth tienen cobertura para el análisis conductual aplicado (ABA). Los niños menores de 19 años con diagnóstico de TEA que cuenten con MassHealth Family Assistance también tienen cobertura para el ABA.

Existe un equipo que brinda los servicios de ABA. Uno de los miembros del equipo es analista conductual aplicado licenciado. El analista controla la conducta del niño y elabora un plan para ayudar a disminuir los problemas de conducta. El equipo también incluye un técnico o ayudante en conducta que contribuye con el niño y el cuidador para la implementación del plan. El equipo trabaja estrechamente con las personas que forman parte de la vida del niño, como los cuidadores, los maestros de la escuela y otros Proveedores.

Servicios para niños bajo el cuidado o la custodia del Department of Children and Families (DCF)

Si un niño se encuentra bajo la custodia del DCF o fue retirado de su hogar mediante un acuerdo voluntario de colocación, una decisión de Niños en Necesidad de Servicios (CHINS) o por cualquier otra custodia determinada por un tribunal, se exige que se realice al niño una evaluación de cuidado de la salud en un plazo de siete días y un examen médico completo en un plazo de 30 días de encontrarse bajo la custodia del DCF o en una colocación fuera del hogar, a menos que el cronograma de los servicios de EPSDT demande un plazo más cercano. Cuando sea posible, el PCP del niño debe realizar tanto la evaluación como el examen. Es importante comunicarse con el PCP tan pronto como el niño se encuentre bajo la custodia del DCF o en una colocación fuera del hogar para recibir estos servicios en el plazo requerido. Si el PCP no brinda la atención dentro de estos plazos, puede solicitar una Apelación interna. Describimos el proceso de Apelación interna en la sección “Sus inquietudes” en la página 45. Consulte la página web de MassHealth Niños y Adultos Jóvenes para obtener más información.

Medicamentos y productos cubiertos, programas de farmacia y Autorizaciones previas

Programa de farmacia

Buscamos brindar opciones de alta calidad y económicas para las terapias con medicamentos. Trabajamos con sus Proveedores y farmacéuticos para asegurarnos de cubrir los medicamentos más importantes y útiles y los dispositivos médicos para muchas afecciones y enfermedades diferentes. Cubrimos las primeras recetas y los resurtidos. También cubrimos algunos medicamentos de venta libre (OTC) si su médico prepara una receta y esta se surte en una farmacia, así como productos de farmacia no relacionados con medicamentos que figuran en la lista de productos no relacionados con medicamentos de MassHealth. Consulte las listas de medicamentos de MassHealth para comprobar los medicamentos y productos cubiertos en https://mhdl.pharmacy.services.conduent.com/MHDL/.

Nuestro programa de farmacia no cubre todos los medicamentos, dispositivos médicos y recetas. Algunos medicamentos y dispositivos médicos deben cumplir con ciertas pautas clínicas antes de que podamos

cubrirlos. El Proveedor debe pedirnos una Autorización previa antes de que podamos cubrir uno de estos medicamentos o dispositivos médicos. Consulte la sección “Autorización previa para medicamentos y dispositivos médicos” que sigue a continuación.

Su Proveedor o farmacia no pueden cobrarle un copago por los medicamentos o dispositivos médicos cubiertos. No debe pagar a la farmacia el precio o el costo total de los medicamentos que están cubiertos, a menos que el medicamento no esté cubierto porque la farmacia verificó que usted no es elegible para la cobertura (ya no es Miembro) o se determinó que el medicamento no es Médicamente necesario.

Autorización previa para medicamentos y dispositivos médicos

Algunos medicamentos y dispositivos médicos requieren Autorización previa, lo que significa que el Proveedor debe solicitar nuestra aprobación para poder cubrirlos. Uno de nuestros médicos revisará esta solicitud. Cubriremos el medicamento o dispositivo médico de acuerdo con nuestras pautas clínicas en los siguientes casos:

- Existe una razón médica por la que necesita el medicamento o dispositivo médico particular.
- Según el medicamento o dispositivo médico, otros medicamentos o dispositivos médicos indicados en la Lista de medicamentos de MassHealth no funcionaron.

Prevemos un suministro de emergencia de 72 horas para que la farmacia surta su receta hasta que su médico nos presente la solicitud. Si necesita un suministro de emergencia, platíquelo con su farmacéutico.

Si no aprobamos la solicitud de Autorización previa, usted o su Representante designado, si identifica uno, pueden apelar la decisión. Consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 45 para obtener más información sobre el proceso de Queja y Apelación. Si desea obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite tuftshealthplan.com o llámenos al 888-257-1985.

Exclusiones

No cubrimos determinados medicamentos y dispositivos médicos. Si es Médicamente necesario que tome un medicamento o use un dispositivo médico que no cubrimos, su Proveedor debe solicitarnos una excepción y obtener una Autorización previa antes de que cubramos el medicamento o el dispositivo médico. Su Proveedor o farmacia no pueden cobrarle un copago por los medicamentos o dispositivos médicos cubiertos. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud. Si no aprobamos la solicitud de Autorización previa, usted o su Representante designado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 45 para obtener más información sobre el proceso de Queja y Apelación. Si desea obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite tuftshealthplan.com o llámenos al 888-257-1985.

No cubrimos:

- Cualquier medicamento utilizado con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello, a menos que sea médicamente necesario**
- Medicamentos contra la tos y el resfriado**
- Medicamentos contra la infertilidad**
- Medicamentos usados para tratar la disfunción sexual masculina o femenina**

- Medicamentos menos que eficaces: Implementación del estudio de eficacia de los medicamentos (DESI)**
- Medicamentos experimentales o en investigación**
- Suministros médicos

Los medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o los medicamentos cuyo fabricante no participa en el programa federal de reembolso de medicamentos están sujetos a revisión para la Autorización previa. La cobertura de terapias digitales y terapias digitales recetadas (PDT) se limita a lo que está cubierto en la lista de medicamentos de MassHealth.

* Pueden estar cubiertos como beneficio no farmacéutico.

** De acuerdo con las pautas establecidas en el artículo 406.413(B) del título 130 del Código de Regulaciones de Massachusetts (CMR), no cubrimos medicamentos que se usen para fines estéticos o crecimiento del cabello (a menos que sean Médicamente necesarios), tos y resfriado, infertilidad o disfunción sexual, medicamentos que son menos eficaces (DESI) o medicamentos experimentales o en investigación.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Cuando hay medicamentos genéricos disponibles, generalmente no cubrimos el medicamento de marca sin Autorización previa, excepto en algunos casos, cuando se prefiere el medicamento de marca antes que el genérico. Si usted y su Proveedor creen que un medicamento genérico no es adecuado para tratar su afección de la salud y que es Médicamente necesario un medicamento de marca, su proveedor puede solicitar una Autorización previa. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud. Consulte la sección “Autorización previa para medicamentos y dispositivos médicos” en la página 26 para acceder a más información. Si no aprobamos la solicitud de Autorización previa, usted o su Representante designado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 45 para obtener más información sobre el proceso de Queja y Apelación. Si desea obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite tuftshealthplan.com o llámenos al 888-257-1985. Consulte la Lista de medicamentos de MassHealth en https://mhdl.pharmacy.services.conduent.com/MHDL/ para conocer la Lista de medicamentos de marca preferidos sobre los medicamentos genéricos de MassHealth.

Medicamentos nuevos en el mercado

Los medicamentos y dispositivos nuevos se revisan en términos de seguridad y eficacia y, una vez evaluados, los productos cubiertos se agregan a la lista de medicamentos de MassHealth. Un Proveedor que crea que un medicamento o dispositivo médico nuevo en el mercado es Médicamente necesario para usted puede presentar una solicitud de Autorización previa. Uno de nuestros médicos revisará esta solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento o dispositivo médico de acuerdo con nuestras pautas clínicas. Si no aprobamos la solicitud, usted o su Representante designado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 45 para obtener más información sobre el proceso de Queja y Apelación. Si tiene preguntas sobre nuestro programa o beneficios de farmacia, llámenos al 888-257-1985.

Cantidad límite

Para asegurarnos de que los medicamentos que usted toma o los dispositivos médicos que usa son seguros y que está recibiendo la cantidad correcta, podemos limitar la cantidad que usted puede recibir de una vez. Su Proveedor puede solicitar una Autorización previa si usted necesita más de lo que cubrimos. Uno de nuestros

médicos revisará la solicitud. Cubriremos el medicamento o dispositivo médico de acuerdo con nuestras pautas clínicas si hay una razón médica por la que necesita una cantidad particular. Debemos otorgar una Autorización previa antes de cubrir una cantidad mayor. Si no aprobamos la solicitud de Autorización previa, usted o su Representante designado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 45 para obtener más información sobre el proceso de Queja y Apelación. Para obtener más información, visite tuftshealthplan.com o llámenos al 888-257-1985.

Programa de farmacia con suministro por 90 días

Tufts Health Together sigue el programa de suministro hasta 90 días de MassHealth que incluye la dispensación obligatoria y permitida de ciertos medicamentos. Consulte la Lista de medicamentos de MassHealth para obtener más información.

Programa de terapia escalonada

La terapia escalonada significa que, antes de que abonemos un determinado medicamento de segundo nivel, usted primero debe probar los medicamentos de primer nivel de ese tipo.

Cubrimos algunos tipos de medicamentos solamente a través de nuestro programa de terapia escalonada. Nuestro programa de terapia escalonada exige que pruebe medicamentos de primer nivel antes de que cubramos otro medicamento de ese tipo. Si usted y su Proveedor creen que un determinado medicamento no es correcto para tratar su afección de salud, su Proveedor puede solicitarnos la Autorización previa para el otro medicamento. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud. Cubriremos el medicamento de acuerdo con nuestras pautas clínicas. Consulte la sección “Autorización previa para medicamentos y dispositivos médicos” en la página 26.

Programa de farmacia de especialidad

Una farmacia de especialidad necesita suministrarle algunos medicamentos, como aquellos que suelen utilizarse para tratar afecciones crónicas como la hepatitis C o esclerosis múltiple. Estos tipos de medicamentos requieren pericia y apoyo adicionales. Las farmacias de especialidad tienen conocimientos en estas áreas. Estas farmacias pueden brindar apoyo adicional a los Miembros y Proveedores.

OptumRx Specialty es nuestra farmacia de especialidad y puede proporcionarle estos medicamentos. Además de proporcionar medicamentos de especialidad específicos, OptumRx Specialty hará lo siguiente:

- Entregará los medicamentos en su hogar, en el consultorio de su Proveedor, en cualquier local de FedEx o UPS o en cualquier dirección de entrega que elija (excepto en un apartado postal)
- Responderá sus preguntas
- Proveerá personal del centro de llamadas, incluidos farmacéuticos de guardia, que pueden ofrecerle asistencia 24 horas al día, siete días a la semana, incluidos los días festivos por teléfono al 844-265-1705

Visítenos en tuftshealthplan.com/member/tufts-health-together-plans/pharmacy/overview y consulte el programa de farmacias de especialidad para identificar los medicamentos de especialidad que pueda tomar. Estos medicamentos no pueden adquirirse en una farmacia minorista.

Autorizaciones para farmacia (medicamentos y dispositivos médicos)

Tomamos decisiones tan pronto como su salud lo requiera y en un plazo de no más de 24 horas después de que recibimos la solicitud.

Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones previas para farmacia (medicamentos y dispositivos médicos)

Una vez que autorizamos el medicamento o dispositivo médico, le notificaremos por teléfono y enviaremos a usted o a su Representante designado y a su Proveedor una carta de Autorización.

Si no autorizamos el medicamento o dispositivo médico solicitado, o si no autorizamos el monto o la duración en su totalidad, le notificaremos por teléfono y enviaremos a usted, a su Representante designado y a su Proveedor una carta de denegación. No pagamos ninguno de los medicamentos o dispositivos médicos no autorizados. Si no está de acuerdo con alguna de estas decisiones, usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación interna. Para obtener detalles sobre la solicitud de una Apelación interna, consulte la sección “Sus inquietudes” en la página 45.

Si recibe una factura por un Servicio cubierto

Según las normas estatales y federales y el contrato de Tufts Health Together con MassHealth, a su Proveedor no se le permite facturarle por ningún Servicio cubierto. No pague directamente a sus Proveedores y pida el reembolso de Tufts Health Plan. Si tiene alguna pregunta sobre si Tufts Health Plan o MassHealth cubren un servicio específico, o si recibe una factura, llámenos al 888-257-1985. Podemos ayudar.

Administración de la utilización

La Administración de la utilización (UM) es la forma en la que se asegura de que usted reciba la atención adecuada en el lugar correcto.

Basamos todas las decisiones de UM en el uso correcto de la atención y los servicios, así como en la existencia de cobertura. No premiamos a los Proveedores, personal clínico de UM o consultores por rechazar la atención. No ofrecemos a los Proveedores de la red, al personal clínico de UM ni a los consultores dinero o incentivos financieros que podrían disuadirlos de poner determinado servicio a su disposición.

Si tiene preguntas sobre la UM o desea obtener más información sobre cómo determinamos la atención que autorizamos, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos. Nuestro personal está disponible para analizar problemas con la UM durante ese horario de atención, así como para responder correos de voz y faxes. Si deja un correo de voz o envía un fax fuera del horario de atención, responderemos al siguiente día hábil. También le proporcionamos información en distintos idiomas. Tenemos personal bilingüe disponible y ofrecemos servicios de traducción hasta en 200 idiomas de manera gratuita a los Miembros.

Pautas clínicas y criterios de revisión

Los criterios de Revisión de la utilización son pautas que usamos para ayudarnos a decidir qué servicios necesita basándonos en la información que recibimos de su médico y otros profesionales clínicos.

Cuando decidimos qué servicios son Médicamente necesarios, tomamos decisiones coherentes y objetivas. Los Proveedores que ejercen a nivel local nos ayudan a crear pautas clínicas y criterios de Revisión de la utilización. También aplicamos los estándares que desarrollan las organizaciones nacionales de acreditación. Revisamos estas pautas año por medio o más a menudo a medida que se aceptan de manera general medicamentos, tratamientos y tecnologías nuevos. Siempre consideramos primero lo que es mejor para usted.

Evaluación de medicamentos, tecnologías y procedimientos experimentales o en investigación

Los medicamentos y procedimientos experimentales o en investigación son nuevas clases de tratamiento. Decidimos si cubrimos o no los medicamentos y procedimientos nuevos basándonos en evidencia científica y en las recomendaciones de los médicos y otros profesionales clínicos.

A medida que aparecen nuevas tecnologías contamos con un proceso para considerar si cubrimos o no cubrimos procedimientos nuevos (experimentales), incluyendo los ensayos clínicos. Antes de que decidamos cubrir nuevos procedimientos, equipos y medicamentos recetados, analizamos qué tan seguros y eficaces son estos tratamientos. Para obtener una lista de medicamentos y procedimientos experimentales o en investigación no cubiertos, visite tuftshealthplan.com.

Ensayos clínicos calificadores

Cubrimos los costos de los artículos y servicios de rutina para los Miembros que se proporcionan en conexión con ensayos clínicos calificadores relacionados con tratamientos para padecimientos graves o que ponen en riesgo la vida. Los gastos elegibles son aquellos relacionados con todos los artículos y servicios proporcionados en el ensayo, incluyendo aquellos para prevenir, diagnosticar, monitorear o tratar las complicaciones, así como todo lo relacionado con la entrega del artículo o servicio en investigación. Se excluyen los artículos y servicios proporcionados solo para propósitos de recolección o análisis de datos y que Medicaid no cubre de ninguna otra manera.

Un ensayo clínico calificador es un ensayo clínico (en cualquier fase de desarrollo) realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento de cualquier enfermedad o padecimiento grave o que pone en riesgo la vida y que está aprobado por organismos como NIH, CDC, AHRQ, VA, DoD y DoE, de acuerdo con la exención de un nuevo fármaco en investigación o si el ensayo del fármaco está exento.

Gestión de la atención

La Gestión de la atención es todo lo que hacemos para ayudar a que administre sus afecciones médicas, sociales y de Salud conductual de un modo más eficaz a fin de mejorar su salud.

Mediante nuestros servicios de Gestión de la atención puede obtener ayuda para programar y cumplir citas, obtener su información de salud y coordinar su atención con sus Proveedores. La Gestión de la atención incluye apoyo de salud y bienestar, transición de atención y Gestión de la atención compleja. Nuestros servicios de Gestión de la atención se ofrecen para apoyar la atención que recibe de su Proveedor primario de cuidados médicos (PCP) u otros Proveedores, pero no pretenden reemplazarla. Recuerde seguir programando citas regulares y consultas recurrentes con sus Proveedores.

Los gerentes de atención de Tufts Health Plan o su grupo de Proveedores trabajarán estrechamente con sus Proveedores para coordinar su atención y asegurarse de que obtenga la atención que necesita, cuando la necesita.

Nuestros gerentes de atención están disponibles para responder cualquiera de sus preguntas. Si usted es un Miembro nuevo y ha estado trabajando con un gerente de atención con su aseguradora anterior, nos gustaría hacer los arreglos necesarios para que trabaje con uno de nuestros gerentes de atención. Si este es el caso o si desea hablar con uno de nuestros gerentes de atención, puede pedírselo a su PCP o puede llamarnos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos.

Programa de Socios comunitarios (CP)

MassHealth creó el programa de Socios comunitarios (CP) para coordinar la atención y los recursos para aquellos servicios que promueven la independencia de los Miembros de MassHealth. Estos programas reúnen recursos comunitarios, aseguradoras de salud y PCP que trabajan juntos a fin de asegurar que los Miembros reciban los servicios comunitarios correctos. Los Socios comunitarios proporcionan servicios tanto a Miembros con necesidades médicas (CP de servicios y apoyos de largo plazo) como aquellos con necesidades de Salud conductual (CP de Salud conductual). Algunos ejemplos de servicios proporcionados son el suministro de artículos para llevar a cabo tareas cotidianas como artículos de audición y visión y equipo médico duradero, asistencia para cuidado personal y servicios proporcionados por asistentes de salud en el hogar.

Los Socios comunitarios también cubren necesidades sociales como cupones de alimentos, asistencia para combustible y servicio de entrega de comidas (“Meals on Wheels”). Los CP también pueden ayudar con el acceso a programas diurnos como servicios de cuidados diurnos para adultos y de acogida de adultos, así como ayudar a la población pediátrica a acceder a recursos comunitarios.

Los Miembros pueden llamar al Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985 para autoderivarse a fin de ser tenidos en cuenta para cualquiera de los programas de CP.

Apoyo de salud y bienestar

Además de asesoramiento sobre salud, también ofrecemos servicios de bienestar. Estos servicios incluyen lo siguiente, sin limitación:

- Provisión de información de salud general
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda para identificar algunos signos y síntomas de enfermedades frecuentes (como derrame cerebral, asma, diabetes y depresión)
- Cobertura para niños y adolescentes menores de 21 años de servicios de Evaluación periódica y temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)

Visite la sección Your Health (Su salud) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com/member/tufts-health-together-plans/your-health/overview para obtener más información.

Programa de salud materno-infantil

Trabajamos en estrecha colaboración con usted y sus Proveedores para asegurarnos de que usted reciba atención prenatal continua si está embarazada. Podemos ayudar a coordinar la atención para usted y su recién nacido después del parto, utilizando programas tales como Visiting Nurse Association (VNA) o Early Intervention Partnership Program y Women, Infants and Children (WIC), si califica.

Nota: Las mujeres que son Miembro y quedan embarazadas deben notificar a MassHealth o a nuestro plan de salud para garantizarles la cobertura correcta para ellas y sus hijos. Para obtener información sobre los beneficios y servicios que ofrecemos a mujeres embarazadas que son Miembro, consulte la página 34.

Ayuda para dejar de fumar

Los Miembros que quieren dejar de fumar pueden obtener medicamentos y orientación a través del Massachusetts Tobacco Cessation & Prevention Program (MTCP) y MassHealth. Para obtener más información sobre cómo dejar de fumar, hable con su PCP. También puede llamar al MTCP para obtener ayuda al 800-QUITNOW.

Visite la sección Your Health (Su salud) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com/member/tufts-health-together-plans/your-health/overview y seleccione Smoking Cessation (Dejar de fumar) para obtener más información.

Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine

Contamos con la Línea de enfermera NurseLine para ofrecer ayuda con preguntas de salud 24 horas al día, siete días a la semana. Cuando llame a nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 711), puede conversar a cualquier hora y sin costo alguno con un profesional de cuidado de la salud atento y comprensivo. Nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine es atendida por enfermeros titulados.

Nuestro personal de la Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine puede proporcionarle información y apoyo sobre temas de cuidado de la salud, como síntomas, diagnósticos, tratamientos, exámenes, resultados de exámenes y procedimientos que su Proveedor indique. Nuestro personal de la Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine también puede brindarle asistencia con las llamadas de triaje después del horario de atención y facilitarle el contacto con su Proveedor en el caso de que sea necesario un seguimiento posterior.

Nuestro personal de la Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine no proporciona asesoramiento médico y no reemplaza a su Proveedor

Evaluación de necesidades de atención

Nos comunicaremos con los Miembros nuevos de Tufts Health Plan para completar una evaluación de necesidades de atención. Una vez completada su evaluación, podemos comprender mejor su salud y crear un plan que cubra sus necesidades.

Basándonos en su evaluación, un asociado puede comunicarse para averiguar si desea trabajar con nosotros. Nuestro personal está formado por miembros serviciales y atentos de su equipo de atención integrada. Estas llamadas pueden servirle para encontrar y administrar recursos no médicos que podría necesitar, como apoyo de pares y orientación, o recursos de alimentación y vivienda.

Transición de la atención

Cuando abandona un centro de atención de 24 horas (como un centro de pacientes hospitalizados por problemas médicos o conductuales agudos), colaboraremos con un plan de transición (la atención que necesita para que continúe su recuperación en su hogar). Trabajaremos con los Proveedores, como VNA u otra agencia de cuidados en el hogar o proveedores de equipos médicos duraderos, para asegurarnos de que recibe los servicios que necesita cuando los necesita a fin de mejor su estado de salud general.

El plan de transición de la atención también incluye lo siguiente:

- Enseñarle a usted acerca de su afección y medicamentos
- Enseñarle sobre el manejo de su enfermedad y lo que puede esperar
- Proporcionarle atención individual e integrada
- Desarrollar un plan para que pueda obtener los servicios que necesita

Su Proveedor puede proporcionarle una Derivación para que reciba servicios de transición de la atención o puede autoderivarse llamándonos al 888-257-1985 o visitando tuftshealthplan.com.

Gestión de la atención integrada (ICM)

Para asegurarnos de que obtenga la mejor atención y resultados posibles, usamos un modelo de Gestión de la atención integrada. Esto significa que, cuando sea adecuado, nuestro personal de Salud conductual, atención médica y trabajadores de salud comunitarios colaborarán de manera estrecha con usted y entre sí para coordinar la atención que necesita.

La Gestión de la atención puede ser útil si tiene necesidades y afecciones médicas complejas o específicas. Si tiene una discapacidad física, una afección de salud especial (como un embarazo de alto riesgo, cáncer o VIH/SIDA), una afección de Salud conductual o cualquier otra afección de salud crónica, puede hacer lo siguiente:

- Obtener información de salud solo para usted de un gerente de atención
- Obtener ayuda para averiguar qué recursos y beneficios puede obtener
- Trabajar con uno de nuestros gerentes de atención para coordinar su atención con su Proveedor o Especialista

Nuestro equipo de profesionales de cuidado de la salud dedicados incluye a enfermeros, Proveedores de Salud conductual y trabajadores de salud comunitarios. Este equipo entiende cómo trabajar con usted si tiene necesidades especiales de cuidado de la salud y ayudará a asegurarse de que reciba atención en el lugar adecuado —en su hogar, en el consultorio de un Proveedor, en un Hospital, en la escuela, en persona o por teléfono— para que pueda recuperarse y mantenerse saludable.

Este equipo trabajará con usted para responder sus preguntas, atender sus necesidades, desarrollar un plan para que se sienta mejor y enseñarle a controlar su salud. Algunos gerentes de atención hacen consultas a domicilio, explican cómo controlar una afección y coordinan la prestación de servicios y obtención de equipo. Otros gerentes de atención también pueden ayudar con cualquier necesidad médica, conductual, social y financiera.

Prestamos los siguientes tipos de servicios de ICM:

- Gestión de la atención médica (incluye la Gestión de la atención compleja y Gestión de la atención del embarazo)
- Gestión de la atención de Salud conductual (incluye Especialistas en recuperación entre pares)
- Servicios de salud comunitarios

Gestión de la atención compleja

Nuestro programa de Gestión de la atención compleja está destinado a Miembros con afecciones médicas difíciles de controlar, inestables o prolongadas. Los Miembros en estos programas reciben ayuda de un equipo de profesionales de salud dedicados, organizaciones de la comunidad y agencias estatales. Estos profesionales ayudan a los Miembros a recibir la atención adecuada para mejorar y mantenerse saludables, así como a identificar y reducir o eliminar las barreas sociales para obtener la atención adecuada. La Gestión de la atención compleja podría incluir visitas al hogar, la escuela y el trabajo de un Miembro, así como a refugios, hogares residenciales, consultorios de Proveedores y agencias de la comunidad. También ofrecemos control de enfermedades en forma de asesoramiento y educación para Miembros con asma, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica como parte de nuestro programa de atención compleja.

Los Miembros con las siguientes afecciones podrían beneficiarse de nuestra Gestión de la atención compleja:

- Varias afecciones de salud
- Necesidades de cuidados intensivos
- Cáncer
- VIH/SIDA
- Trasplante de órganos
- Discapacidad o deterioro grave
- Admisiones o visitas a la sala de emergencia frecuentes
- Embarazo de alto riesgo

Nuestros gerentes de atención pueden proporcionarle apoyo, orientación y educación personalizados, a la vez que identifican los servicios que son beneficiosos para usted. Trabajan con usted y sus Proveedores para asegurarse de que usted reciba la atención adecuada en el lugar correcto.

Nuestros gerentes de atención pueden proporcionarle a usted y a su cuidador información valiosa y ayudar a coordinar su atención. Llámenos al 888-257-1985 para conversar con un gerente de atención.

Gestión de la atención de Salud conductual (incluye Especialistas en recuperación entre pares)

Podemos ofrecerle Gestión de la atención de Salud conductual si usted:

- Tiene diagnósticos graves de Salud conductual.
- Tiene tres o más admisiones como paciente hospitalizado por Salud conductual durante un período de 12 meses.
- No ha accedido o no puede acceder a servicios comunitarios.
- Sufre un acontecimiento catastrófico.
- Tiene antecedentes de múltiples hospitalizaciones.
- Tiene un diagnóstico reciente de una enfermedad mental importante.

- Tiene un trastorno por consumo de sustancias.
- Tiene necesidades especiales o problemas culturales para los que necesita que múltiples agencias coordinen la prestación de servicios.

Nuestros gerentes de atención de Salud conductual son profesionales clínicos certificados que pueden ayudar mediante la coordinación de su atención entre los Proveedores y lo siguiente:

- La supervisión de su tratamiento.
- La revisión de su necesidad de atención continua.
- La participación con su equipo de cuidado de la salud en la planificación del alta.
- La provisión de información sobre servicios comunitarios.

Juntos, podemos ayudar a garantizar que reciba la mejor atención. Trabajaremos con usted para lo siguiente:

- Seguir mejorando su salud y la de su familia.
- Asegurarnos de que tenga acceso oportuno y fácil a los niveles adecuados de atención de la Salud conductual.
- Permitir su participación en la planificación de su tratamiento y su recuperación.
- Asegurarnos de que se continúe su atención sin inconvenientes cuando cambie de Proveedores o planes.

Llámenos al 888-257-1985 si quiere obtener información o tiene preguntas sobre la ICM de Salud conductual y sobre cómo determinamos la atención que autorizamos.

Control de enfermedades

Ofrecemos asesoramiento y educación para Miembros con asma, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Nuestros gerentes de atención son profesionales de cuidado de la salud registrados, con amplios conocimientos y experiencia en ayudar a los Miembros a aprender a controlar sus enfermedades. Nuestro Equipo de Gestión de la Atención también puede conectar a los Miembros con muchos recursos comunitarios. Coordinamos con su PCP según sea necesario y asistimos con su educación, analizaremos formas de manejar sus síntomas y respondemos cualquier pregunta que pueda tener sobre sus medicamentos.

Trabajamos con usted para establecer metas, medir progresos y enfocarnos en sus necesidades específicas. También ofrecemos programas basados en aplicaciones que ayudan a bajar de peso y mejorar su salud a través de la nutrición.

Usamos pautas sobre prácticas basadas en evidencia (pautas clínicas según la mejor investigación) como base para nuestros programas de control de enfermedades. Estas pautas contribuyen a que viva de la manera más saludable posible y a que se sienta lo mejor posible. El control de enfermedades está disponible para todos los Miembros actuales, incluyendo los pediátricos.

Si tiene antecedentes de diabetes, asma o EPOC, puede ser identificado como candidato para el control de enfermedades.

Asma

Un miembro del equipo de Gestión de la atención puede realizar visitas a domicilio en su hogar y proporcionarle información y herramientas de ayuda para comprender el asma y sus causas, factores desencadenantes y síntomas. Podemos enseñarle cómo detectar los signos de advertencia de un ataque antes de que suceda y a buscar los problemas en su hogar que podrían hacer que su asma empeore. El gerente de atención también puede hablar con usted sobre un plan de acción para el asma y tomar otras medidas para asegurarse de que reciba los servicios que necesita.

También podemos proporcionarle asesoramiento telefónico cara a cara con un gerente de atención calificado, si le interesa aprender cómo mejorar el control de su asma. El asesoramiento telefónico cara a cara le enseña sobre la enfermedad, la identificación de desencadenantes y los medicamentos.

Le enviaremos información útil sobre artículos como medicamentos de control y rescate y planes de acción para el asma.

Diabetes

Los gerentes de atención están disponibles para ayudar a controlar la diabetes de tipo 1, tipo 2 o gestacional (cuando está embarazada). Los suministros y los análisis de laboratorio para la diabetes son Servicios cubiertos, incluyendo los análisis de hemoglobina A1c y de lípidos, así como los exámenes oftalmológicos anules con dilatación de las pupilas. También ofrecemos educación sobre diabetes por vía telefónica. Un gerente de atención puede proporcionarle educación y asesoramiento y responder todas sus preguntas acerca de la diabetes. Los gerentes de atención también le proporcionan información que aumenta su conocimiento sobre su enfermedad y ayuda a enfocarse en las áreas de la diabetes que considere que necesita comprender mejor. El equipo de Gestión de la atención puede ofrecerle ayuda para coordinar citas con su PCP y cualquier Especialista con el que pueda necesitar atenderse. También puede tomar clases sobre diabetes aprobadas por la American Diabetes Association. Nuestro equipo de Gestión de la atención con gusto ayudará a encontrar las clases más cercanas a su comunidad.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Los gerentes de atención están disponibles para proporcionar asesoramiento telefónico cara a cara. Si le interesa aprender cómo mejorar el control de su EPOC, analizaremos el uso de inhaladores, métodos para evitar ir a la sala de emergencias y pruebas que ayudan a lograr su mejor salud respiratoria. Nuestros asesores le enviarán materiales educativos y lo dirigirán a sitios educativos en Internet. Asimismo, obtendremos y coordinaremos su atención con sus Proveedores, según sea necesario.

Si desea dejar de participar en el programa de control de enfermedades estando a la mitad de este, informe al gerente de atención que ya no le interesa participar.

Para obtener más información sobre el control de enfermedades, visite tuftshealthplan.com/TogetherDM o llámenos al 888-257-1985.

Servicios de salud comunitarios

Los trabajadores de salud comunitarios (CHW) son trabajadores de salud pública de primera línea que aplican su conocimiento único sobre la experiencia, el idioma o la cultura de las poblaciones a las que atienden. Los CHW organizan, coordinan, evalúan y defienden servicios de la red de seguridad que cubren necesidades básicas como educación, vivienda, atención médica, asuntos legales que perjudican la salud, transporte y asistencia psicológica. Los CHW están disponibles para prestar los siguientes servicios:

- Ayudar en la búsqueda de un médico o Proveedor
- Proveer una derivación a servicios comunitarios para satisfacer las necesidades sociales no cubiertas
- Ayudar a solicitar cupones de alimentos (SNAP)
- Ayudar solicitar beneficios como Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y Seguro Social y Seguro por Discapacidad (SSDI)
- Proveerle una derivación y coordinar servicios con el Department of Transitional Assistance (DTA) o la Oficina del Seguro Social
- Proporcionar listas de albergues de emergencia
- Proporcionar información y derivaciones a programas comunitarios que puedan ayudar con los pagos de servicios públicos (electricidad o calefacción)
- Ayudar a buscar y derivar a grupos de apoyo a personas con discapacidad
- Derivar y solicitar los beneficios de transporte que se puedan usar para coordinar transporte para citas Médicamente necesarias, cuando sea adecuado y aplicable
- Ayudar en la búsqueda de servicios de asesoramiento
- Informar sobre otros beneficios comunitarios y gubernamentales que pueden estar a su disposición

Para obtener Servicios de salud comunitarios o para obtener más información, llámenos al 888-257-1985. Analizamos su situación y, con su consentimiento, procesaremos su derivación a programas de THP, como los programas de Gestión de la atención o de Socios comunitarios, si es elegible.

Servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

Como Miembro de Tufts Health Plan UMMH, usted puede obtener ayuda con la comida y la vivienda a través del programa de servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) de MassHealth. Por ejemplo, podría recibir ayuda para comprar frutas y verduras, y para buscar vivienda. Consulte su Lista de servicios cubiertos en el Apéndice A de este Manual del Miembro para obtener más detalles sobre los servicios de HRSN. Llame a Servicios para Miembros al 888-257-1985 (TTY: 711) para obtener más información sobre la evaluación y derivación a estos servicios.

Programas de maternidad

Nuestros programas de maternidad están diseñados para apoyarla durante su embarazo y complementar la atención que proporcionan su equipo de obstetricia (OB) y otros Proveedores. Nuestro personal puede ayudarla a planificar un embarazo, trabajo de parto y parto saludables. Una vez que se confirme su embarazo, le pedimos a su Proveedor de obstetricia/ginecología (OB/GYN) que presente un Formulario de notificación de embarazo después de su primera consulta prenatal. Este formulario recopila información importante que permite que nuestros gerentes de atención comprendan cómo apoyarla mejor en su embarazo. También puede llamarnos directamente al 888-257-1985 para notificarnos su embarazo.

Si tiene un embarazo de alto riesgo, puede trabajar directamente con nuestras enfermeras de embarazo de alto riesgo, quienes la apoyarán durante su embarazo. Llámenos al 888-257-1985 para obtener más

información. También consulte la página 37 para obtener más información sobre las recompensas EXTRAS que puede recibir durante su embarazo.

EXTRAS

Solo Miembros actuales y elegibles pueden recibir EXTRAS. Nota: Podrían aplicarse algunas restricciones y nos reservamos el derecho a dejar de entregar una EXTRA en cualquier momento.

Las recompensas EXTRAS están sujetas a cambio. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras para obtener información actualizada sobre EXTRAS, incluyendo la elegibilidad. También puede descargar el o los Formularios de EXTRAS. Para solicitar recompensas EXTRAS, siga las instrucciones del formulario y envíanoslo completo.

Tarjetas de regalo para comprar asientos de seguridad para niños

Ayudamos a que sus hijos viajen con estilo. Las mujeres Miembro que tienen 28 semanas o más de embarazo o los Miembros que tienen 8 años o menos son elegibles para recibir una tarjeta de regalo de $25 para utilizar en la compra de un asiento de seguridad convertible (para niños que pesen 5 a 40 libras y midan de 19 a 43 pulgadas de estatura).

Además, un año después, siempre y cuando su hijo sea Miembro, puede obtener una tarjeta de regalo de $25 para comprar un asiento de seguridad con elevación (para niños que pesen de 30 a 100 libras y midan de 43 a 57 pulgadas de estatura).

Cómo obtener este beneficio:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensa de asiento de seguridad EXTRAS.
2. Complete el formulario y haga una copia para usted.
3. Envíe por correo el formulario rellenado a la siguiente dirección:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166
4. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Nota: Los Miembros pueden obtener una tarjeta de regalo para usar en la compra de un asiento de seguridad cada 12 meses y dos tarjetas de regalo en total durante su membresía. Las tarjetas de regalo son válidas solo para un asiento de seguridad convertible o con elevación. Debes ser un Miembro elegible cuando ordene su tarjeta de regalo para un asiento de seguridad y cuando procesemos su formulario de EXTRAS.

Recompensas por conductas saludables

Para ayudar a que nuestros Miembros jóvenes se vuelvan sanos y permanezcan sanos, recompensamos sus acciones saludables. A continuación, enumeramos cómo usted y sus hijos pueden ganar una tarjeta de regalo.

- Si su hijo recibe las vacunas y los exámenes de infancia recomendados antes de los 2 años, le enviaremos una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados.
- Reciba las vacunas recomendadas para los adolescentes antes de los 13 años, y le enviaremos una tarjeta de regalo de $10 para compras en tiendas departamentales.
- Reciba un examen anual (edades de 3 a 9 años) y le enviaremos una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados.
- Reciba un examen anual (edades de 10 a 17 años) y le enviaremos una tarjeta de regalo de $10 para compras en una tienda departamental.
- Reciba un examen anual (edades de 18 años y más) y puede recibir una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados.

Nota: Las vacunas y los exámenes de infancia actualmente incluyen los siguientes: cuatro DTaP, cuatro Hib, cuatro PCV, tres Hep B, tres IPV, tres Rota, una Hep A, una MMR, una varicela, exámenes de detección de plomo en sangre y una vacuna contra la gripe anualmente (tenga en cuenta que los niños deberían recibir dos vacunas contra la gripe anuales antes de cumplir los dos años). El médico de su hijo hablará con usted acerca del mejor momento para recibir estas vacunas. También le enviaremos por correo tarjetas de recordatorio cuando se aproxime el momento de que su hijo reciba estas vacunas.

Nota: Las vacunas recomendadas actualmente para los adolescentes incluyen las siguientes: una vacuna antimeningocócica, una Tdap y un plan completo de dos o tres dosis de VPH antes de cumplir 13 años de edad.

Cómo obtener estos beneficios:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensas.
2. Complete el formulario y haga una copia para usted.
3. Envíe por correo el formulario rellenado a la siguiente dirección:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166
4. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Nota: Debe ser un Miembro en el momento de las visitas al médico y cuando procesemos su Formulario de recompensas. Los Miembros pueden obtener una tarjeta de regalo cada 12 meses por cada conducta saludable elegible.

Reembolso por acondicionamiento físico

Lo ayudamos a mantenerse en forma. Después de que haya sido Miembro de Tufts Health Plan por tres meses y haya completado uno de varios tipos de actividades de acondicionamiento físico, le devolveremos hasta $30. A pesar de que este beneficio está disponible para todos los Miembros cada 12 meses, los

Miembros de 18 años y menores deben tener una autorización de los padres para inscribirse en un gimnasio o para participar en una actividad de acondicionamiento físico.

- Las actividades de acondicionamiento físico elegibles incluyen, entre otras:
- Membresías en gimnasios y clubes deportivos, incluyendo los YMCA y los Jewish Community Centers (JCC)
- Clases de yoga, pilates y acondicionamiento físico
- Clases de salsa y otros tipos de danza
- Ligas deportivas, como fútbol y baloncesto
- Clases de artes marciales, como karate y taichi

Consulte a su PCP sobre cualquier tipo de dieta o programa de ejercicios antes de comenzar.

Cómo obtener su reembolso:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de reembolsos.
2. Complete el formulario y haga una copia del formulario y de su recibo detallado para usted.
3. Envíe el formulario completo, junto con su recibo, a la siguiente dirección:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166
4. Esté atento al correo por su reembolso de hasta $30, el cual debería llegar en seis a ocho semanas.

Nota: Debe ser un Miembro de Tufts Health Plan cuando solicite la membresía del gimnasio o la actividad de acondicionamiento físico y cuando procesemos su Formulario de reembolsos. Los Miembros pueden obtener un reembolso de $30 cada 12 meses.

Recompensas y ayuda para sus necesidades de cuidado de la salud

Nuestros profesionales clínicos pueden asistir con sus necesidades de cuidado de la salud. Para hablar con un profesional clínico, llámenos al 888-257-1985.

Si está embarazada

Ayudamos a nuestras mujeres Miembro que están embarazadas durante y después del embarazo para garantizar que tengan un embarazo y un bebé lo más sanos posible.

- Obtenga una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados después de asistir a clases informativas sobre parto, recién nacidos o lactancia.
- Obtenga una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados después de realizar visitas del programa Women, Infants and Children (WIC) dos veces durante su embarazo.
- Obtenga ayuda para elegir un médico para su bebé.

- Obtenga una tarjeta de regalo para usar en la compra de un asiento de seguridad. Para obtener más información, consulte la 35

Llámenos al 888-257-1985 ni bien se entere de que está embarazada para conocer más sobre estos beneficios.

Cómo conseguir las tarjetas de regalo de $25:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensas y el Formulario de cuidado del recién nacido.
2. Después de realizar dos visitas del programa WIC durante el embarazo, complete la información en el Formulario de recompensas.
3. Después de asistir a una clase de cuidado del recién nacido, rellene la información del Formulario de cuidado del recién nacido. Preséntelo con un recibo detallado y una confirmación de asistencia o un certificado de finalización.
4. Haga una copia para usted del formulario o formularios y demás documentos que nos envíe.
5. Envíe por correo los formularios rellenados a la siguiente dirección:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166
6. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Nota: Debe ser Miembro cada vez que haga visitas del programa WIC, cuando asista a la clase de cuidado del recién nacido y cuando procesemos su Formulario de recompensas. Las Miembros pueden obtener ambas tarjetas de regalo de $25 durante cada embarazo.

Después de tener un bebé

Obtenga una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados si visita a su obstetra/ginecólogo para una consulta posparto entre 21 y 56 días después de tener a su bebé.

Cómo conseguir la tarjeta de regalo de $25:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensas.
2. Complete el formulario con la información y haga una copia del formulario para usted.
3. Envíe por correo el formulario rellenado a la siguiente dirección:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166
4. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Nota: Debe ser Miembro cuando cumpla con la visita posparto y cuando procesemos su Formulario de recompensas. Las mujeres Miembro pueden obtener una tarjeta de regalo de $25 después de cada embarazo.

Si tiene asma

- Obtenga una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados por completar un plan de acción para el asma junto con su PCP.
- Obtenga información sobre el asma y una copia de un plan de acción para el asma por teléfono al 888-257-1985 o por Internet en tuftshealthplan.com.

Cómo conseguir la tarjeta de regalo de $25:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensas.
2. Visite a su PCP y completen juntos el plan de acción para el asma.
3. Saque una copia del plan de acción para el asma y del formulario para usted.
4. Envíe el formulario completo y el plan de acción para el asma a la siguiente dirección:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021-1166

5. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Nota: Debe ser un Miembro cuando complete el plan de acción para el asma y cuando procesemos su Formulario de recompensas. Los Miembros pueden obtener una tarjeta de regalo de $25 cada 12 meses.

Si tiene diabetes

- Obtenga una tarjeta de regalo de $25 para compras en supermercados por hacerse un examen de la vista, dos análisis de glucosa en sangre (HbA1c), un análisis de proteínas y un análisis de colesterol en sangre cada 12 meses.
- Para obtener información sobre la diabetes, llámenos al 888-257-1985 o visite tuftshealthplan.com.

Cómo conseguir la tarjeta de regalo de $25:

1. Visite tuftshealthplan.com/TogetherExtras o llámenos al 888-257-1985 para recibir una copia del Formulario de recompensas.
2. Visite a su PCP, hágase los análisis y llene el formulario.
3. Saque una copia del formulario para usted.
4. Envíe por correo el formulario rellenado a la siguiente dirección:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department

P.O. Box 524
Canton, MA 02021-1166

5. Esté pendiente de su correo para recibir las instrucciones sobre cómo hacer válida su tarjeta de regalo en línea o por correo.

Nota: Debe ser un Miembro cuando se haga los cinco exámenes y cuando procesemos su Formulario de recompensas. Los Miembros pueden obtener una tarjeta de regalo de $25 cada 12 meses por realizarse los cinco exámenes.

Renovación de sus beneficios

Cada año los Miembros de MassHealth deben renovar sus beneficios de MassHealth. Hay dos maneras de renovarlos:

1. Renovación automática. Cuando no ha tenido ningún cambio en sus criterios de Elegibilidad dentro del año anterior y MassHealth puede confirmarlo, se procesará su renovación automática como Miembro de MassHealth. MassHealth le notificará si su membresía de MassHealth se renovó automáticamente.

O BIEN

2. Formulario de revisión prellenado. Si MassHealth no puede confirmar sus criterios de Elegibilidad, es posible que deba enviarle más información. MassHealth le enviará un formulario de “revisión prellenado” (o precompletado) con la información que tienen en archivo. Usted tiene 45 días para completar, firmar y enviar por correo este formulario a MassHealth. Si no lo envía, corre el riesgo de perder sus beneficios de MassHealth y de su plan de salud.

Puede enviar este formulario por correo, en línea en MAhealthconnector.org o por teléfono al Centro de Inscripción de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de 8:45 a. m. a 5 p. m.

Si recibe Ayuda transicional para familias con hijos dependientes (TAFDC), también puede renovar sus beneficios de MassHealth con su trabajador social o la oficina local del Department of Transitional Assistance (DTA). Para encontrar su oficina local del DTA, llame al 877-382-2363. Si recibe beneficios de MassHealth y del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (anteriormente conocido como cupones de alimentos), formará parte del proceso de renovación Express Lane de MassHealth. Sus beneficios de MassHealth se renovarán automáticamente en el momento de su revisión anual.

Si desea averiguar si otros miembros de su grupo familiar son elegibles para MassHealth y nuestro plan de salud, simplemente agregue su información de contacto en el formulario de revisión prellenado o actualice su cuenta en línea en www.MAhealthconnector.org.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

La Fecha de entrada en vigor de la cobertura es la fecha en que se convierte en Miembro de nuestro plan de salud y es elegible para recibir los Servicios cubiertos de los Proveedores dentro de la red. Para los Miembros de MassHealth Standard/CommonHealth, MassHealth Family Assistance y MassHealth CarePlus, la Fecha de entrada en vigor de la cobertura es un día hábil después de que MassHealth comunica a Tufts Health Plan sobre su inscripción.

Protección de sus beneficios

Fraude y uso indebido

Ayude a reducir el Fraude y el uso indebido en el cuidado de la salud y proteja el programa MassHealth para todos. El Fraude o uso indebido de Miembros y Proveedores incluye lo siguiente:

- Prestarle su Tarjeta de identificación de miembro a otra persona
- Obtener recetas para sustancias controladas de un modo inadecuado
- Que sus médicos nos emitan facturas por servicios que usted no recibió

Para denunciar un posible Fraude o uso indebido o si tiene alguna pregunta, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos, o envíenos un correo electrónico a fraudandabuse@point32health.org. No necesitamos su nombre ni información de Miembro. También puede llamar a nuestra línea directa confidencial en cualquier momento al 877-824-7123 o enviarnos una carta anónima a la siguiente dirección:

Tufts Health Plan
Attn: Fraud and Abuse
1 Wellness Way
Canton, MA 02021-1166

Cancelación de la inscripción

Cancelación de la inscripción voluntaria

Usted podrá cambiar planes de salud únicamente durante su período de selección de plan anual de 90 días. Una vez finalizado dicho período, entrará en un período de inscripción fijo. No podrá cancelar su inscripción de planes de salud hasta su próximo período de selección de plan, excepto en circunstancias limitadas. Para cancelar su inscripción de nuestro plan de salud, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para los miembros de MassHealth Standard/CommonHealth, MassHealth Family Assistance y MassHealth CarePlus, las Cancelaciones de la inscripción voluntarias por lo general entran en vigencia un día hábil después de que recibimos la solicitud de MassHealth.

Después de la Cancelación de la inscripción, proporcionaremos cobertura para lo siguiente:

- Servicios cubiertos, hasta la fecha de su Cancelación de la inscripción
- Cualquier equipo personalizado ordenado que hayamos aprobado antes de su Cancelación de la inscripción, incluso si no recibe el equipo hasta después de su Cancelación de la inscripción

Cancelación de la inscripción debido a pérdida de Elegibilidad

Si deja de ser elegible para la cobertura de MassHealth, MassHealth cancelará su inscripción de nuestro plan de salud. Su cobertura finalizará en la misma fecha de la Cancelación de la inscripción en MassHealth. MassHealth podría generar su reinscripción automática en nuestro plan de salud si vuelve a ser elegible para MassHealth. Recuerde responder todas las solicitudes de información de MassHealth para evitar que se cancele su inscripción como Miembro de MassHealth.

Cancelación de la inscripción por causa

Tenemos derecho a presentar una solicitud por escrito a MassHealth para cancelar su inscripción debido a un comportamiento perturbador que afecte nuestra capacidad para prestarle servicios a usted o a otros Miembros. Nos esforzaremos seriamente por trabajar con usted para resolver el problema. Además, le enviaremos una notificación previa para describir el comportamiento y sus repercusiones y para informarle que se le puede dar de baja como consecuencia de un comportamiento perturbador continuado. No le pediremos que cancele su inscripción debido a que tenga mala salud, use servicios médicos, haya faltado a citas, carezca de capacidad mental o muestre conductas negativas relacionadas con sus necesidades especiales.

MassHealth decidirá si aprueba o no nuestra solicitud de Cancelación de la inscripción. Si MassHealth cancela su inscripción como Miembro, le enviará una carta informándole sobre la Cancelación de la inscripción y le informará sobre sus otras opciones de planes de salud.

Sus derechos

Como Miembro, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir un tratamiento respetuoso y digno, sin importar su raza, origen étnico, credo, creencias religiosas, orientación sexual o fuente de pago de la atención.
- Recibir tratamiento Médicamente necesario, como atención de Emergencia.
- Recibir información sobre nosotros y nuestros servicios, Proveedores primarios de cuidados médicos (PCP), Especialistas, otros Proveedores, y sobre sus derechos y deberes.
- Tener una conversación sincera y fácil de comprender sobre las opciones de tratamiento adecuadas o Médicamente necesarias para sus afecciones, sin importar el costo o la cobertura del beneficio.
- Trabajar con el PCP, los Especialistas y otros Proveedores para tomar decisiones sobre su cuidado de la salud.
- Aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico.
- Llamar al consultorio de su PCP o Proveedor de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) 24 horas al día, siete días a la semana.
- Esperar que sus registros de cuidado de la salud sean privados y que acatemos las leyes relacionadas con la confidencialidad de los registros y la información personal de los pacientes, en reconocimiento de su derecho a la privacidad.
- Obtener una Segunda opinión para los tratamientos y la atención propuestos; Tufts Health Plan pagará la consulta por la segunda opinión.
- Presentar una queja para expresar su insatisfacción con nosotros, los Proveedores o la calidad de la atención o los servicios que recibió.
- Apelar un rechazo o Acción adversa que hagamos para su atención o servicios.
- No sufrir restricciones ni aislamiento como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalias.

- Pedir más información o explicaciones de lo que se incluye en este *Manual del Miembro*, ya sea en forma oral o por escrito.
- Pedir una copia de este *Manual del Miembro* en cualquier momento.
- Recibir un aviso por escrito de los cambios importantes y finales a nuestra red de Proveedores, incluyendo entre otros, cancelaciones de PCP, Especialistas, Hospitales y establecimientos que le generen un impacto.
- Pedir y recibir copias de sus registros médicos y pedir que corrijamos o enmendemos los registros, si es necesario.
- Recibir los servicios de su *Lista de servicios cubiertos.*
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y deberes de los Miembros.
- Pedir y recibir este *Manual del Miembro* y otra información del plan de salud traducida a su idioma de preferencia o en el formato que prefiera.
- Ejercer sus derechos libremente sin afectar negativamente el tratamiento que recibe de nosotros o sus Proveedores.

Directivas anticipadas

Las Directivas anticipadas, también conocidas como testamento en vida o poder de duración indefinida, son instrucciones escritas que comunican sus decisiones de cuidado de la salud si usted no es capaz de hacerlo. Las Directivas anticipadas están reconocidas en la ley de Massachusetts y se vinculan con la obtención de cuidado de la salud cuando una persona no es capaz de tomar decisiones. Si ya no puede tomar decisiones sobre su cuidado de la salud, contar con una Directiva anticipada preparada puede ayudar. Estas instrucciones escritas comunicarán a sus Proveedores qué tipo de tratamiento ofrecerle si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud.

En Massachusetts, si tiene al menos 18 años y está en pleno uso de sus facultades mentales, puede tomar decisiones por sí mismo. También puede elegir a alguien como su encargado o apoderado de la atención de la salud. Su encargado o apoderado de la atención de la salud puede tomar decisiones de cuidado de la salud por usted si sus Proveedores determinan que usted no es capaz de tomar sus propias decisiones.

Como Miembro, tiene ciertos derechos que se relacionan con una Directiva anticipada. Para elegir un encargado o apoderado de la atención de la salud, debe llenar un Formulario de poder de atención médica, que su Proveedor o plan de salud tienen disponible. También puede solicitar un Formulario de poder de atención médica al Commonwealth of Massachusetts. Escriba y envíe un sobre sellado con su dirección a la dirección que aparece a continuación:

Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Elder Affairs
1 Ashburton Place, Room 517
Boston, MA 02108

Con las Directivas anticipadas, también tiene derecho a lo siguiente:

- Tomar decisiones sobre su atención médica
- Recibir el mismo nivel de atención y no sufrir ningún tipo de discriminación, tanto si tiene una Directiva anticipada como si no la tiene
- Recibir información por escrito sobre las políticas de las Directivas anticipadas de su Proveedor
- Incluir su Directiva anticipada en su registro médico

Nuestros Proveedores cumplirán la ley estatal con respecto a las Directivas anticipadas. También educamos al personal y a las personas con las que interactúa en la comunidad sobre las Directivas anticipadas.

Sus responsabilidades

Como Miembro, tiene las siguientes responsabilidades:

- Tratar a todos los Proveedores con respeto y dignidad
- Asistir a todas las citas a tiempo o llamar si llegará tarde o necesita cancelar una cita
- Entregarles a su Proveedor primario de cuidados médicos (PCP), a los Especialistas, a otros Proveedores y también a nosotros información completa y correcta sobre su historial médico, los medicamentos que toma y otros asuntos relacionados con su salud para que le provean cuidados
- Pedir más información al PCP y otros Proveedores si no entiende lo que le dicen
- Participar con el PCP, los Especialistas y otros Proveedores para entender y ayudar a desarrollar planes y objetivos para mejorar su salud
- Seguir los planes e instrucciones de atención que haya acordado con sus Proveedores
- Comprender que negarse al tratamiento puede causar efectos graves en su salud
- Comunicarse con el PCP o Proveedor de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) en el plazo de 48 horas después de la visita a la sala de emergencias para recibir atención de seguimiento
- Cambiar su PCP o Proveedor de Salud conductual si no está conforme con la atención actual
- Expresar sus inquietudes y quejas en forma clara
- Informarnos si tiene acceso a cualquier otro seguro
- Informarnos si sospecha de un posible Fraude o uso indebido
- Informarnos a nosotros y al estado cualquier cambio en su dirección, teléfono o PCP

Sus inquietudes

Consultas

Una Consulta es cualquier pregunta o solicitud que pueda tener sobre nuestras operaciones. Como Miembro, tiene derecho a hacer una Consulta. Haremos todo lo posible para responder a su Consulta en el plazo de un día hábil.

Quejas

Una Queja es una expresión de insatisfacción que usted o su Representante designado (alguien a quien haya autorizado por escrito para actuar en su nombre) hacen sobre cualquier acción o falta de acción de nuestra parte distinta de una Acción adversa. Como Miembro, usted o su Representante designado, si identificó uno, tienen el derecho de presentarnos una Queja. Puede presentar una Queja en cualquier momento y por cualquier razón, en estas circunstancias:

- Si está disconforme con la calidad de la atención o los servicios que recibe
- Si uno de sus Proveedores o uno de nuestros empleados es descortés con usted
- Si cree que uno de sus Proveedores o uno de nuestros empleados no respetó sus derechos
- Si está en desacuerdo con nuestra decisión de prolongar el plazo para tomar una decisión sobre una Autorización, una Apelación interna estándar o una Apelación expedita (rápida)
- Si está en desacuerdo con nuestra decisión de no dar curso a una solicitud de Apelación interna

Su Representante designado puede presentar una Queja por usted. Puede designar un Representante designado enviándonos un Formulario de representante autorizado firmado. Puede obtener un formulario llamando al Equipo de Servicios para Miembros de su plan de salud al 888-257-1985 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos. También puede encontrar el formulario en tuftshealthplan.com.

Si no recibimos su Formulario de representante designado firmado en el plazo de 30 días entregado por una persona distinta de usted que presenta una Queja en su nombre, desestimaremos dicha Queja.

Cómo presentar una Queja

Usted o su Representante designado pueden presentar una Queja de las siguientes maneras:

- **Teléfono**: llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos
- **TTY/TTD**: las personas con pérdida auditiva pueden llamar a nuestra línea TTY al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos
- **Correo postal**: envíe una Queja por correo a la siguiente dirección.

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances Department
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021-1166
- **Correo electrónico**: envíe una Queja por correo electrónico a través de la sección “Contact us” (Comuníquese con nosotros) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com.

- **Fax**: envíe una Queja por fax al 857-304-6342
- **En persona**: visite nuestra oficina en 1 Wellness Way (Canton, Massachusetts 02021-1166), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos

Le brindaremos asistencia para llenar los formularios y seguir los procedimientos relacionados con todas las Quejas, incluyendo la provisión de servicios de intérprete.

Una vez que presente una Queja, haremos lo siguiente:

- Comunicarles a usted y a su Representante designado por escrito en el plazo de un día hábil que recibimos su Queja
- Examinar el contenido de su solicitud, incluyendo los aspectos de la atención clínica en cuestión
- Comunicar a usted y a su Representante designado por escrito el resultado de su Queja en el plazo de 30 días desde su recepción
- Documentar el contenido de su solicitud de Revisión de queja y las acciones tomadas
- Proveer servicios de intérprete, de ser necesarios

También tiene derecho a presentar una Queja en la Executive Office of Health and Human Services. Puede llamar al Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., para presentar una Queja.

Cómo solicitar una Revisión de la decisión sobre una queja

Si está disconforme con la resolución de su Queja, puede llamar al Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., para presentar un reclamo. Usted o su Representante designado también pueden solicitar una Revisión de la decisión sobre una queja ante Tufts Health Plan de las siguientes maneras:

- **Teléfono**: llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos
- **TTY/TTD**: las personas con pérdida auditiva pueden llamar a nuestra línea TTY al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos
- **Correo postal**: solicite una Revisión de la decisión sobre una queja enviando su solicitud por correo a la siguiente dirección:

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances Department
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021-1166
- **Correo electrónico**: solicite una Revisión de la decisión sobre una queja por correo electrónico a través de la sección “Contact us” (Comuníquese con nosotros) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com.
- **Fax**: solicite una Revisión de la decisión sobre una queja por fax al 857-304-6342
- **En persona**: visite nuestra oficina en 1 Wellness Way (Canton, Massachusetts 02021-1166), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos

Una vez que recibamos su solicitud de Revisión de la decisión sobre una queja, haremos lo siguiente:

- Comunicarles a usted y a su Representante designado por escrito en el plazo de un día hábil que recibimos su solicitud
- Examinar el contenido de su solicitud, incluyendo los aspectos de la atención clínica en cuestión
- Resolver su Revisión de la decisión sobre una queja en el plazo de 30 días desde que recibimos su solicitud y hacerle saber a usted y a su Representante designado el resultado por escrito
- Documentar el contenido de su solicitud de Revisión de la decisión sobre una queja y las acciones tomadas
- Proveer servicios de intérprete, de ser necesarios

Si en algún momento está disconforme con el resultado del proceso de Queja, puede presentar un reclamo llamando al Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Apelaciones

Como Miembro, usted o su Representante designado (alguien a quien haya autorizado por escrito para actuar en su nombre) tienen el derecho de solicitar una Apelación interna para que revisemos una Acción adversa.

Acciones adversas son las siguientes acciones o falta de acciones:

- Nuestra decisión de negar el pago de todo o parte de un servicio solicitado
- La incapacidad de uno de sus Proveedores para proporcionar los Servicios cubiertos dentro de los plazos que describimos en este *Manual del Miembro* (consulte la sección “Acceso a los Servicios cubiertos” en la página 4)
- Nuestra decisión de negar o proporcionar una Autorización limitada por un servicio solicitado
- Nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir un servicio que autorizamos previamente
- Nuestra decisión de negar, en su totalidad o parcialmente, el pago de un servicio cuando la cobertura del servicio solicitado está en cuestión
- Nuestra incapacidad para actuar ante una solicitud de Autorización previa dentro de los plazos que describimos en este *Manual del Miembro* (consulte la sección “Autorización previa de los servicios” en la página 14)
- Nuestra incapacidad para seguir los plazos de la Apelación interna como lo explicamos en las páginas siguientes
- Nuestra decisión de derivarlo involuntariamente a un PCP diferente

Usted o su Representante designado tienen derechos específicos en el proceso de Apelaciones internas, como los siguientes:

- Pautar una cita para presentar información en persona o por escrito dentro de los plazos de la Apelación interna

- Enviar comentarios por escrito, documentos o información adicional sobre su Apelación interna
- Revisar su archivo de caso, que incluye información como registros médicos y otros documentos y registros que consideramos durante el proceso de Apelación interna
- Presentar una Queja si pedimos más tiempo para tomar una decisión sobre una Apelación interna y usted o su Representante designado no están de acuerdo
- Presentar una Queja si rechazamos su solicitud de Apelación expedita y usted o su Representante designado no están de acuerdo con esa decisión

Su Representante designado puede solicitar una Apelación interna para usted. Puede designar un Representante designado enviándonos un Formulario de representante designado firmado. Puede obtener un Formulario llamando al Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985. También puede encontrar el formulario en tuftshealthplan.com. Si un Proveedor, actuando como su Representante designado, solicita una Apelación, debemos contar con el Formulario de representante designado que demuestre que el Proveedor tiene permiso para actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario completo y firmado en el plazo de 30 días desde la solicitud de una Apelación, esta persona no podrá actuar como su representante. El Formulario de representante designado debe contener su firma e indicar el nombre de la persona que usted desea que sea su representante para la Apelación interna, y también debe contener la firma de su representante. Debe enviárnoslo por los siguientes medios:

- **Fax**: 857-304-6321

O BIEN

- **Correo postal**:

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances Department
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021-1166

Si tiene preguntas, llámenos al 888-257-1985.

Tiene derecho a realizar una Apelación interna por cualquier Acción adversa si solicita una Apelación interna estándar o expedita. También tiene derecho a volver a apelar nuestra decisión sobre su decisión de Apelación interna confirmada solicitando una Revisión externa (Audiencia justa) a través de la Junta de Audiencias (BOH) como se detalla en la página 51. Le brindaremos asistencia para llenar los formularios y seguir los procedimientos relacionados con todas las Apelaciones, incluyendo la provisión de servicios de intérprete.

Solicitud de una apelación interna

Usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación interna para pedir que revisemos cualquier Acción adversa de las siguientes maneras:

- **Teléfono**: llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos
- **TTY/TTD**: las personas con pérdida auditiva pueden llamar a nuestra línea TTY al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos

- **Correo postal**: solicite una Apelación interna por correo, con una copia de la notificación de Acción adversa para una Apelación interna a la siguiente dirección:

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances Department
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021-1166

- **Correo electrónico**: solicite una Apelación interna por correo electrónico a través de la sección "Contact us" (Comuníquese con nosotros) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com

- **Fax**: solicite una Apelación interna por fax al 857-304-6321

- **En persona**: visite nuestra oficina en 1 Wellness Way (Canton, Massachusetts 02021-1166), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos

Usted o su Representante designado deben solicitar su Apelación interna en el plazo de 60 días a partir de la notificación de una Acción adversa, como se describe en este *Manual del Miembro* (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 60 días desde que se entere de la Acción adversa). Usted o su Representante designado también pueden enviarnos comentarios por escrito, documentos o información adicional sobre su Apelación interna. Comunicarles a usted y a su Representante designado por escrito en el plazo de un día hábil que recibimos su solicitud de Apelación interna.

Si no contamos con información suficiente para tomar una decisión sobre su Apelación interna, se la pediremos. Si no nos proporciona la información adicional, podríamos rechazar su Apelación interna.

Si no recibimos su solicitud de Apelación interna en el plazo de 60 días, consideraremos que la Acción adversa es definitiva. Desestimaremos las Apelaciones internas que usted o su Representante designado soliciten después de 60 días. Si usted o su Representante designado creen haber solicitado su Apelación interna a tiempo, tienen derecho a solicitar que revirtamos la desestimación y continuemos con su Apelación interna.

Apelación interna estándar

Si un Proveedor, actuando como su Representante designado, solicita una Apelación en su nombre, solicitaremos el Formulario de representante designado que demuestre que el Proveedor tiene permiso para actuar en su nombre.

Después de examinar su Apelación interna estándar, incluyendo información adicional de usted, su Representante designado o sus Proveedores, le enviaremos una copia de su archivo de caso. Le pediremos que lo revise y que proporcione información adicional antes de tomar nuestra decisión. Después de un tiempo suficiente para su revisión, tomaremos una decisión sobre su Apelación interna estándar basándonos en la revisión de un profesional de cuidado de la salud o de un profesional con la experiencia clínica apropiada. Esta persona no habrá participado en ninguna revisión previa, ni estará subordinada a alguien que sí lo haya hecho. Tomaremos nuestra decisión en el plazo de 30 días desde la fecha en que recibamos su solicitud.

Si necesitamos más información, y esperamos que nuestra revisión demore más de 30 días, se lo haremos saber a usted o a su Representante designado, y solicitaremos una extensión de 14 días calendario. En ese momento, le daremos a usted o a su Representante designado una nueva fecha para que resolvamos su problema. Podemos solicitar una extensión si necesitamos más información para tomar una decisión, si

creemos que la información nos permitiría aprobar su solicitud y si podemos esperar razonablemente obtener esta información en 14 días.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de prolongar el plazo, usted o su Representante designado pueden presentar una Queja como lo describimos anteriormente. Además, usted o su Representante designado tienen el derecho de obtener una extensión de 14 días para proporcionarnos más información.

A menos que nos indique que no desea recibir Servicios continuados, seguiremos cubriendo los servicios previamente aprobados hasta que tomemos una decisión sobre su Apelación interna, siempre que recibamos su solicitud para una Apelación interna en el plazo de 10 días desde la notificación de la Acción adversa (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 10 días desde que se entere de la Acción adversa).

Si rechazamos su Apelación interna, usted o su Representante designado pueden solicitar una Revisión externa (Audiencia justa) a la Junta de Audiencias (BOH), siguiendo el proceso descrito posteriormente en la sección sobre la BOH en la página 51.

Apelación expedita (rápida)

Cuando desee obtener una Apelación interna, y la Apelación sea sobre servicios médicos agudos o por Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias), y tomarse el tiempo para una Apelación interna estándar podría poner gravemente en riesgo su vida, su salud o su capacidad de conseguir, mantener o recuperar su función al máximo, contamos con un proceso de Apelación expedita.

Usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación expedita de alguna de las maneras descritas anteriormente; además, usted o su Representante designado pueden solicitar una Apelación expedita durante la noche, los fines de semana o en días festivos. Usted o su Representante designado deben solicitar su Apelación expedita en el plazo de 60 días a partir de la notificación de una Acción adversa (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 60 días desde que se entere de la Acción adversa).

A menos que usted o su Representante designado nos indiquen que no desea recibir Servicios continuados, seguiremos cubriendo los servicios previamente aprobados hasta que tomemos una decisión sobre su Apelación expedita, siempre que recibamos su solicitud en el plazo de 10 días desde la notificación de la Acción adversa (o, si no recibe una notificación, en el plazo de 10 días desde que se entere de la Acción adversa).

Si un Proveedor, actuando como su Representante designado, solicita una Apelación expedita en su nombre, o si su Proveedor confirma que su solicitud cumple con los criterios para ser expedita, aprobaremos la solicitud para apresurar la Apelación.*

* Aunque exijamos tener un Formulario de representante designado que indique que usted cuenta con alguien que actúa en su nombre, no demoraremos el proceso de su Apelación mientras esperamos recibir el formulario si su Proveedor presentó la solicitud.

Si la solicitud de Apelación expedita no tiene relación con una afección de la salud específica, puede que decidamos o no apresurar su Apelación. Si rechazamos su solicitud de Apelación expedita, se lo comunicaremos a usted y a su Representante designado en el plazo de un día hábil y trataremos su solicitud como una Apelación interna estándar (como lo describimos anteriormente). Usted o su Representante designado pueden presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de Apelación expedita.

Si aceptamos su solicitud de Apelación expedita, tomaremos una decisión tan pronto como su afección lo requiera y en no más de 72 horas, y comunicaremos a usted y a su Representante designado nuestra decisión por teléfono (cuando sea posible) y por escrito. Si necesitamos más información, existe una probabilidad razonable de que tal información nos permita aprobar su solicitud, y podemos esperar razonablemente obtener esta información en 14 días; se lo haremos saber y prolongaremos el plazo 14 días más. Usted o su Representante designado pueden presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra necesidad de extensión. Usted o su Representante designado también tienen el derecho de obtener una extensión de hasta 14 días para proporcionarnos más información.

Si rechazamos su Apelación expedita, usted o su Representante designado pueden solicitar una Revisión externa (Audiencia justa) directamente a la BOH, siguiendo el proceso descrito en la sección siguiente.

Solicitud de una Revisión externa (Audiencia justa) ante la EOHHS, Oficina de la Junta de Audiencias (BOH) de Medicaid

Usted o su representante de la Apelación pueden solicitar una Revisión externa (Audiencia justa) directamente de la Junta de Audiencias (BOH) después de que rechacemos una Apelación interna o si no resolvemos estas Apelaciones dentro de los plazos apropiados.

Enviaremos una notificación de nuestra decisión y una copia del formulario “How to Ask for a Fair Hearing” (Cómo solicitar una Audiencia justa) e instrucciones siempre que rechacemos una Apelación interna. También puede llamarnos al 888-257-1985 para obtener una copia del formulario.

Usted o su representante de la Apelación deben realizar la solicitud de Revisión externa (Audiencia justa) en el plazo de 120 días desde la fecha de nuestra decisión sobre su Apelación interna.

Si su Revisión externa (Audiencia justa) incluye una decisión nuestra de reducir, suspender o finalizar servicios aprobados previamente, y usted desea seguir recibiendo los servicios en cuestión durante su Revisión externa (Audiencia justa), la BOH debe recibir su formulario completado en el plazo de 10 días desde nuestra decisión, y usted o su representante de la Apelación deben indicar en el formulario de solicitud de la BOH que usted desea seguir recibiendo estos servicios. Si la decisión de la BOH es adversa, tal vez le pidan que cubra el costo de los servicios.

En la Audiencia, puede representarse a sí mismo o contar con la representación de un abogado u otro representante a su cuenta. Puede comunicarse con un servicio jurídico local o con una agencia comunitaria para recibir asesoramiento o representación sin costo. Para obtener información sobre servicios jurídicos o agencias comunitarias, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711 para personas con pérdida auditiva parcial o total). Cumpliremos con la decisión de la BOH y la implementaremos.

¿Tiene preguntas o dudas?

Si tiene preguntas o dudas sobre el proceso de Quejas o Apelaciones, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos.

Reclamos

Para presentar un reclamo contra MassHealth o nosotros, llame al Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

My Ombudsman

My Ombudsman es un programa independiente que le será útil si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con MassHealth. Puede comunicarse con My Ombudsman para obtener información o asistencia. Los servicios de My Ombudsman son gratis. El personal de My Ombudsman:

- Puede responder sus preguntas o tramitar su derivación al lugar correcto para encontrar lo que necesita.
- Puede ayudar a atender un problema o inquietud con MassHealth o su plan de MassHealth, Tufts Health Together. El personal de My Ombudsman escuchará, investigará el asunto y hablará sobre las opciones con usted para que pueda resolver el problema.
- Ayuda con las Apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitar a su plan de MassHealth, MassHealth o Medicare que revisen una decisión sobre sus servicios. El personal de My Ombudsman puede hablar con usted sobre cómo realizar una Apelación y qué esperar durante el proceso de Apelaciones.

Puede llamar o enviar un correo electrónico a My Ombudsman.

- **Teléfono**: 855-781-9898 (TTY: 711)
- **Correo electrónico**: info@myombudsman.org
- **Dirección**: 25 Kingston St, 4th floor, Boston, MA 02111

También puede visitar la oficina de My Ombudsman con cita o durante los horarios de atención sin cita. Horarios de atención sin cita:

- Martes de 10 a. m. a 3 p. m.
- Jueves de 10 a. m. a 3 p. m.

Cuando tiene seguros adicionales

Debe informarnos si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico además de MassHealth. También debe informarnos si ocurren cambios en su cobertura de seguro adicional. Estos son algunos tipos de seguro adicional que puede tener:

- Cobertura de seguro médico grupal de un empleador para empleados o jubilados que lo cubre a usted o a cualquier dependiente de su grupo familiar, incluyendo a su cónyuge.
- Cobertura bajo Compensación del trabajador debido a una enfermedad o lesión laboral.
- Cobertura de Medicare u otro seguro público.
- Cobertura por un accidente en que está involucrado un seguro contra todo riesgo o seguro contra daños a terceros.
- Cobertura que reciba a través de beneficios para veteranos.

- “Continuación de cobertura” que tenga a través de COBRA. COBRA es una ley que exige a los empleadores con 20 o más empleados que permitan a los empleados y sus familiares dependientes conservar su cobertura de salud grupal durante un período después de abandonar su plan de salud grupal en ciertas condiciones.

Nosotros somos el pagador de último recurso para servicios médicos que involucren Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros o Subrogación. Consulte las siguientes secciones para obtener más información.

Coordinación de beneficios

Cuando tiene otra cobertura de seguro médico, trabajamos con su otro seguro para coordinar sus beneficios. Este proceso se conoce como Coordinación de beneficios. La forma en la que trabajamos con otras compañías o agencias estatales depende de su situación. A través de esta Coordinación de beneficios, usted a menudo obtendrá su cobertura de seguro médico como de costumbre a través de nosotros. Si tiene otro seguro médico, nuestra cobertura siempre será secundaria cuando otro plan le proporcione cobertura de cuidado de la salud, a menos que la ley indique otra disposición. En otras situaciones, como en la atención que nosotros no cubrimos, una compañía de seguros o agencia diferente a nosotros podría cubrirla. Si tiene un seguro médico adicional, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos, para saber cómo se gestionará el pago.

Si tiene seguro médico integral con otro plan de salud, incluyendo Medicare, no puede recibir beneficios de MassHealth de parte nuestra. Si entra en esta categoría, MassHealth cancelará su inscripción de nuestro plan de salud. MassHealth le notificará sobre esto.

Subrogación

Si las acciones u omisiones de otra persona le provocan una lesión, sus beneficios serán subrogados. La Subrogación significa que podemos usar su derecho de recuperar dinero de la o las personas que causaron la lesión o de cualquier compañía de seguro u otro tercero. Si otra persona o parte es o podría ser responsable de pagar por los servicios relacionados con su enfermedad o lesión, que nosotros hemos pagado o le hemos proporcionado, nosotros subrogaremos y heredaremos todos sus derechos de recuperación contra dicha persona o parte por el 100 por ciento del valor de los servicios que pagamos o proporcionamos.

Su Proveedor debe presentar todas las Reclamaciones incurridas como resultado de cualquier caso de Subrogación antes de cualquier acuerdo. Podríamos negar las Reclamaciones por servicios proporcionados antes de un acuerdo cuando su Proveedor no presenta las Reclamaciones antes de que se llegue a un acuerdo.

En el caso de que otra parte reembolse cualquier gasto médico por el que pagamos, tenemos derecho a recuperar de usted el 100 por ciento del monto que usted recibió de nosotros por dichos servicios. Los honorarios o gastos de abogado en los que usted incurra no reducirán el monto que debe pagarnos.

Para hacer cumplir nuestros derechos de Subrogación de acuerdo con este *Manual del Miembro*, tendremos el derecho de tomar acciones legales, con o sin su consentimiento, contra cualquier parte para recuperar el valor de los servicios que proporcionamos o cubrimos para los cuales esa parte es o podría ser responsable. Nada en este *Manual del Miembro* podrá interpretarse como que limita nuestro derecho a usar cualquier medio provisto por la ley para hacer cumplir nuestros derechos de Subrogación en virtud de este plan.

Le exigimos que usted cumpla con todos los requisitos de Autorización previa incluso cuando exista responsabilidad de terceros. La autorización no es una garantía de pago.

Accidentes en vehículos motorizados y/o lesiones/enfermedades relacionadas con el trabajo

Si usted se encuentra en un accidente en vehículo motorizado, debe usar toda su cobertura médica de la aseguradora de automóviles (incluyendo la Protección contra lesiones personales o cobertura para pagos médicos) antes de que nosotros consideremos pagar por cualquiera de sus gastos. Debe enviarnos una explicación de pago o cartas de denegación de una aseguradora de automóviles para que consideremos pagar la Reclamación que nos envíe su Proveedor.

En el caso de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, la aseguradora a cargo de la Compensación del trabajador será el primer responsable de esos gastos.

Cooperación de los Miembros

Como Miembro, usted acepta cooperar con nosotros en el ejercicio de nuestros derechos de Subrogación y Coordinación de beneficios. Esto significa que usted debe completar y firmar todos los documentos necesarios para ayudarnos a ejercer nuestros derechos y debe notificarnos antes de llegar a un acuerdo sobre cualquier Reclamación que surja por lesiones sufridas que sufrió usted por cualquier tercero responsable para el cual nosotros hayamos proporcionado cobertura. Usted no debe hacer nada que pudiera limitar nuestro derecho a un reembolso total. Estas provisiones de Subrogación y recuperación se aplican incluso si usted es menor de edad.

Le pedimos que usted:

- Nos dé toda la información y documentos que solicitemos.
- Firme cualquier documento que consideremos necesario para proteger nuestros derechos.
- Nos asigne de inmediato cualquier dinero que reciba por servicios que nosotros hayamos proporcionado o por los que hayamos pagado.
- Nos notifique de inmediato sobre cualquier posible Subrogación o Coordinación de beneficios.
- También debe aceptar no hacer nada que nos perjudique o interfiera con nuestros derechos de Subrogación o Coordinación de beneficios. Nada en este *Manual del Miembro* podrá interpretarse como que limita nuestro derecho a usar cualquier medio provisto por la ley para hacer cumplir nuestros derechos de Subrogación o Coordinación de beneficios en virtud de este plan.

Nuestras responsabilidades

La ley requiere que mantengamos la privacidad de su información médica que lo pueda identificar, conocida como Información médica protegida (PHI), entre nuestra organización, incluyendo la PHI oral, escrita y electrónica. Garantizamos la privacidad de su PHI de varias maneras. Por ejemplo, los empleados no hablan sobre su PHI en áreas públicas. Controlamos las violaciones de seguridad. Mantenemos toda la PHI en papel en espacios seguros. Debemos seguir los términos de esta notificación (o cualquier notificación modificada) cuando utilizamos o divulgamos su PHI. Podemos revisar esta notificación en cualquier momento. Si lo hacemos, los cambios corresponderán a cualquier tipo de PHI que conservemos de usted y haremos que una copia de la notificación revisada esté disponible en tuftshealthplan.com o a solicitud.

Notificación de las Políticas de Privacidad[1] de Tufts Health Plan

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA DETENIDAMENTE.

Tufts Health Plan valora sus derechos de privacidad y está comprometido con salvaguardar su información demográfica, médica y financiera que pudiéramos recibir o recolectar cuando le brindemos un servicio. La información que recopilemos incluye Información médica protegida (PHI) e información personal (PI). La PHI es información que se relaciona con su condición de salud física o conductual, el cuidado de la salud o el pago del cuidado de la salud. La PI incluye información como su nombre y número de Seguro Social. La PHI y la PI se mencionan como “información” en el resto de la presente notificación.

Podemos obtener su información de varias fuentes, como a través de su inscripción en un plan o de médicos y hospitales que envían formularios de Reclamación que contienen su información para que podamos pagarles por los servicios que fueron prestados. Estamos obligados, por ley, a mantener la privacidad de su información. Para respaldar esto, Tufts Health Plan cuenta con políticas de privacidad y seguridad para salvaguardar, utilizar y divulgar información en cumplimiento de las leyes estatales y federales aplicables. Todos los empleados deben completar una capacitación anual de privacidad y seguridad, además que el acceso a su información está limitado a los empleados que la requieran para realizar su trabajo. Tufts Health Plan también requiere que sus socios comerciales, que ayudan con la administración de la cobertura de cuidado de la salud para usted o a su nombre, protejan su información de conformidad con las leyes aplicables.

Tufts Health Plan tiene el deber de notificarle nuestras obligaciones legales y políticas de privacidad con respecto a su información, además de cumplir las obligaciones y políticas que se describen en la notificación que actualmente está en vigor. Es posible que los términos de la presente notificación se modifiquen en cualquier momento y que se aplique la nueva notificación a cualquier información con la que ya se cuente. Si se realiza un cambio importante, se publicará la notificación actualizada en nuestro sitio web, www.tuftshealthplan.com.

CÓMO USAMOS Y DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN

Con el fin de administrar su cobertura de servicios de cuidado de la salud, incluyendo el pago de dichos servicios, es necesario que utilicemos y divulguemos su información de diferentes maneras. Tufts Health Plan mantiene y aplica políticas de la compañía que rigen el uso y la divulgación de información, incluyendo solamente el uso o la divulgación de la cantidad mínima de información necesaria para los fines previstos. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones que nos permiten o son necesarios conforme a la ley sin su Autorización por escrito. En el caso en el que las leyes estatales o federales le ofrezcan mayor protección de privacidad, se seguirán los requisitos más estrictos.

Para el pago

Tufts Health Plan podría utilizar o divulgar su información para fines de pago para administrar sus beneficios de salud, que podrían incluir obtención de primas, determinación de la Elegibilidad, pago de reclamaciones y Coordinación de beneficios.

[1] Tufts Health Plan incluye Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Health Public Plans, Inc., Total Health Plan, Inc., Tufts Benefit Administrators, Inc., Tufts Insurance Company, TAHP Brokerage Corporation, Point32Health Services, Inc. Group Health Plan y planes autofinanciados administrados por estas entidades.

Los ejemplos incluyen:

- Pagar Reclamaciones que fueron presentadas por médicos y hospitales.
- Proporcionar información a un tercero para administrar una cuenta financiada por un empleado o empleador, como una cuenta de gastos flexibles (FSA) o una cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA), u otro plan de beneficios, como un plan de beneficios dentales.
- Realizar revisiones de la Necesidad médica.
- Compartir información con terceros para la Recuperación de seguro contra daños a terceros (ILR) o para fines de subrogación.

Para operaciones de cuidado de la salud

Tufts Health Plan puede usar o divulgar su información para fines operacionales, tales como gestión de la atención, servicio al cliente, coordinación del cuidado o mejora de la calidad. Los ejemplos incluyen:

- Evaluar y mejorar la calidad del servicio, cuidados y resultados para nuestros miembros.
- Aprender cómo mejorar nuestros servicios mediante encuestas internas y externas.
- Revisar las cualificaciones y desempeño de los médicos.
- Evaluar el desempeño de nuestro personal, como lo es revisar las conversaciones que tuvieron con usted nuestros representantes de servicio al cliente.
- Buscar la acreditación de organizaciones independientes, tales como el National Committee for Quality Assurance.
- Participar en programas de bienestar, salud preventiva, detección temprana, control de enfermedades, iniciativas de participación en la evaluación del riesgo de salud, manejo de casos y coordinación de programas de cuidado, incluyendo enviar recordatorios de servicios de salud preventiva.
- Brindarle información sobre productos relacionados con la salud o servicios incluidos en su plan de beneficios.
- Utilizar información para suscripción, establecer tarifas de primas y determinar montos de costos compartidos, así como administrar políticas de reaseguro. (Tufts Health Plan no utilizará ni divulgará ninguna información genética que, de otra manera, podría recibir con fines de contratación de seguros).
- Facilitar la transición de atención de una a otra aseguradora, planes de salud o administradores de terceros.
- Comunicarle sobre su elegibilidad para programas públicos, tales como Medicare.
- Otras actividades administrativas generales, que incluyen la gestión de sistemas de información y datos, manejo de riesgos, auditorías, planificación comercial y detección de Fraude y otras conductas ilegales.

Para el tratamiento

Tufts Health Plan podría utilizar y divulgar su información para proveedores de cuidado de la salud (doctores, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores) para que usted reciba tratamiento. Los ejemplos incluyen:

- Nuestros gerentes de atención que le brindan información a una agencia de atención médica domiciliaria para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después de recibir el alta de un hospital.
- Los programas de mejora de la calidad, iniciativas de seguridad y recordatorios clínicos que se le envían a su Proveedor primario de cuidados médicos.
- Divulgar una lista de medicamentos que recibe utilizando su cobertura de Tufts Health Plan para avisar a los proveedores que lo atienden sobre cualquier medicamento recetado por otros proveedores y ayudar a minimizar el posible riesgo de interacciones medicamentosas adversas.
- Recibir de los laboratorios que utiliza, de sus proveedores o directamente de usted, los resultados de sus pruebas, usar esos resultados para desarrollar herramientas para mejorar su salud general y compartirlos con los proveedores que participan en su atención médica.

Para otros fines permitidos o necesarios

Los siguientes son ejemplos de los tipos adicionales de usos y divulgaciones de Tufts Health Plan que están permitidos o son necesarios conforme a la ley sin su autorización por escrito:

- A usted, su familia y otras personas involucradas en su cuidado cuando usted no esté disponible para comunicarse (como en el caso de una Emergencia), cuando esté presente antes de la divulgación y esté de acuerdo con ella, o cuando la información sea claramente relevante para su participación en su cuidado de la salud o el pago de esta.
- Compartir información de Elegibilidad y de copago, coaseguro y deducible para familiares dependientes con el suscriptor del plan de salud a fin de facilitar el manejo de los costos de salud y la verificación del Servicio de Impuestos Internos (IRS).
- A su Representante personal (incluyendo padres o tutores de un menor, en la medida en que la información no esté también limitada por las leyes federales o estatales aplicables) o a una persona que usted haya indicado previamente como su Representante designado o que esté autorizada para recibir su información. Información relacionada con cualquier atención de un menor que haya sido recibida sin el consentimiento de un padre sigue siendo confidencial a menos que el menor autorice su divulgación.
- A nuestros socios comerciales y afiliados. Tufts Health Plan podría contratar a otras organizaciones para prestar servicios en nuestro nombre. En estos casos, Tufts Health Plan celebrará un contrato con la organización, que señale de manera explícita los requisitos relacionados con la protección, uso y divulgación de su información. Las siguientes empresas afiliadas de Tufts Health Plan se designan a sí mismas como una sola entidad afiliada cubierta y pueden compartir su información entre ellas: Harvard Pilgrim Health Care, Inc., Harvard Pilgrim Health Care of New England, Inc., HPHC Insurance Company, Inc., Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Health Public Plans, Inc., Tufts Insurance Company, CarePartners of Connecticut, Inc. y Point32Health Services, Inc. Group Health Plan.

- A su patrocinador de plan, cuando comparta información utilizada para fines de la inscripción, renovación del plan o administración del plan. Este es su empleador o el empleador de su suscriptor si está inscrito a través de un empleador. Cuando comparta información detallada, el patrocinador de su plan debe certificar que protegerán la privacidad y seguridad de su información y que la información no se utilizará para tomar decisiones relacionadas con el empleo.
- A entidades gubernamentales, tales como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, Health Connector, HealthSourceRI o MassHealth, si usted participa en un plan financiado por el gobierno.
- Para brindar información para investigación sobre salud con la finalidad de mejorar la salud de nuestros miembros y la comunidad en ciertas circunstancias, tales como cuando una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad aprueba una propuesta de investigación con protocolos para proteger su privacidad o con fines previos a la investigación.
- Para cumplir con leyes y normas, tales como aquellas relacionadas con programas de Compensación del trabajador.
- Para actividades de salud pública, tales como ayudar a las autoridades de salud pública con la prevención o control de enfermedades, además de esfuerzos para responder a una pandemia.
- Para reportar casos en los que se sospecha maltrato, negligencia o violencia doméstica.
- Para actividades de supervisión de salud, tales como auditorías, inspecciones y medidas disciplinarias o de certificación. Por ejemplo, Tufts Health Plan podría presentar información a agencias gubernamentales, como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o un departamento de seguro estatal para demostrar su cumplimiento de las leyes estatales y federales.
- Para procedimientos judiciales y administrativos, tales como la respuesta a órdenes de tribunales, solicitudes restringidas o abiertas.
- Para los fines del cumplimiento de la ley, tales como ayudar a identificar y localizar una víctima, sospechoso o una persona desaparecida.
- Divulgación a forenses, examinadores médicos y directores de funerarias sobre difuntos. Tufts Health Plan también podría divulgar información sobre un difunto a una persona que participó en su cuidado o el pago de sus cuidados, o a la persona con autoridad legal para actuar en representación del caudal hereditario.
- A organizaciones de obtención de órganos con fines de donación de órganos, ojos o tejidos cadavéricos, solo después de su autorización previa.
- Para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o a la de otra persona.
- Para funciones gubernamentales especializadas, tales como seguridad nacional y actividades de inteligencia.
- Divulgaciones por empleados con fines de denuncia.
- Cualquier otro uso o divulgación que sea diferente a los permitidos o necesarios que se describieron anteriormente; Tufts Health Plan solo usa o divulga su información con su Autorización por escrito. Por ejemplo, solicitamos su autorización si pretendemos vender su información, usar o divulgar su

información con fines de comercialización o recaudación de fondos, o, en la mayoría de los casos, usar o divulgar sus notas de psicoterapia.

- Usted podría otorgar su autorización por escrito para usar o divulgar su información a cualquier persona u organización para cualquier fin al presentar un formulario de autorización completo. El formulario se encuentra en www.tuftshealthplan.com o puede obtener una copia si se comunica con Servicios para Miembros llamando al número de teléfono que se muestra en su tarjeta de identificación de Tufts Health Plan.
- Puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya se haya hecho un uso o divulgación con base en una autorización firmada previamente.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN

Los siguientes son ejemplos de sus derechos conforme a las leyes federales con respecto a su información. También podría contar con derechos adicionales conforme a las leyes estatales.

Solicitar una Restricción

Tiene el derecho de solicitar que limitemos la manera en que usamos y divulgamos su información relacionada con el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud a personas que participen en su atención, o para fines de notificación, incluyendo solicitar que no compartamos su información para fines de investigación de la salud. Sin embargo, por ley, no estamos obligados a cumplir con su solicitud.

Solicitar Comunicaciones confidenciales

Tiene el derecho de solicitar que le enviemos notificaciones a una dirección de su preferencia o que nos pongamos en contacto con usted a través de medios alternativos. Por ejemplo, podría solicitar que le enviemos por correo su información a una dirección diferente a la de su suscriptor. Se dará respuesta a las peticiones razonables.

Acceder a su información y recibir una copia

Tiene el derecho de acceder, inspeccionar y obtener una copia de la información que mantiene Tufts Health Plan (con algunas excepciones). Tenemos el derecho de aplicar el cargo por una cuota razonable por el costo de realizar y enviar por correo copias de su información.

Modificar su información

Tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información si cree que es incorrecta o está incompleta. Podríamos rechazar su solicitud en ciertas circunstancias, como cuando nosotros no creamos la información. Por ejemplo, si un Proveedor envía información médica a Tufts Health Plan que usted considera que es incorrecta, el Proveedor tendrá que modificar esa información.

Recibir un informe de las divulgaciones

Tiene el derecho de solicitar un informe sobre las instancias en las que se realizó una divulgación de su información, excepto por las divulgaciones que se realizaron para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud o para cualquier otro fin permitido o solicitado. Su solicitud debe limitarse a divulgaciones en los seis años anteriores a la solicitud. Si solicita más de un informe en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable.

Recibir una copia de esta Notificación de las Políticas de Privacidad

Tiene el derecho de recibir, de nuestra parte, una copia en físico de la presente notificación en cualquier momento en que la solicite.

Ser notificado de un incumplimiento

Tiene el derecho de ser notificado si ocurrió un incumplimiento con respecto a su información médica no protegida de nuestra parte o de nuestros socios comerciales. Le enviaremos una notificación por escrito mediante correo, salvo que no contemos con su información de contacto actualizada. En ese caso, le notificaremos a través de un método sustituto, como la publicación de la notificación en nuestro sitio web público.

Puede ejercer cualquiera de sus derechos de privacidad que se mencionaron anteriormente al comunicarse con Servicios para Miembros al número de teléfono que se muestra en su tarjeta de identificación de Tufts Health Plan. En algunos casos, podríamos solicitar que envíe una solicitud por escrito. Tufts Health Plan no le solicitará que renuncie a sus derechos como condición para que se le brinde tratamiento, pago e inscripción en un plan de salud o Elegibilidad para beneficios.

CON QUIÉN COMUNICARSE SI TIENE PREGUNTAS O RECLAMOS

Si desea obtener más información o cree que se han incumplido sus derechos de privacidad, puede enviar una pregunta o reclamo a la siguiente dirección:

Privacy Officer
Point32Health
1 Wellness Way
Canton, MA 02021

O puede llamar a nuestra Línea Directa de Cumplimiento al (877) 824-7123 o a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de Tufts Health Plan.

También tiene derecho a presentar un reclamo ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Puede encontrar más información en www.hhs.gov/ocr.

Tufts Health Plan no tomará represalias contra usted por presentar un reclamo.

ESTA NOTIFICACIÓN ENTRA EN VIGOR EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2022.

Paridad en la salud mental

Las leyes federales y estatales exigen que todas las Organizaciones de atención administrada, incluyendo nuestro plan de salud, proporcionen servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) a miembros de MassHealth en la misma manera en que proporcionan servicios de salud física. Esto es lo que se conoce como “paridad”. En general, esto significa que:

Debemos proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental y trastorno por consumo de sustancias que pueda tener, al igual que para otros problemas físicos que pueda tener.

Debemos tener requisitos de Autorización previa y limitaciones de tratamiento similares para los servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias al igual que para los servicios de salud física.

Debemos proporcionarle a usted o a su Proveedor los criterios de Necesidad médica que usamos para la Autorización previa al recibir su solicitud o la de su Proveedor.

También debemos proveerle, dentro de un plazo razonable, la razón del rechazo de Autorización de servicios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias.

Si considera que no estamos proporcionando paridad como se explicó anteriormente, tiene el derecho de presentar una Queja ante nosotros. Para obtener más información sobre las Quejas y cómo presentarlas, consulte la sección Quejas en este *Manual del Miembro*.

También puede presentar una Queja ante MassHealth. Par hacerlo, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Cumplimiento con las leyes estatales y federales

Cumplimos con todas las leyes federales y estatales que aplican, incluyendo:

- El título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 de conformidad con lo establecido en las normas de la parte 80, título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR).
- La Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 de conformidad con lo establecido en las normas de la parte 91 del título 45 del CFR.
- La Ley de Rehabilitación de 1973.
- El título IX de las Enmiendas Educativas de 1972 (con respecto a los programas y actividades educativos).
- Los títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (29 de marzo de 2021).

Glosario

Para que comprenda lo que necesita saber sobre su plan de salud, hemos dejado en mayúscula las palabras y los términos importantes en este *Manual del Miembro*. Aquí encontrará definiciones de cada uno de estos términos.

Acciones adversas son las siguientes acciones o falta de acciones:

- Si negamos el pago de todo o parte de un servicio solicitado.
- Si uno de nuestros Proveedores no proporciona los Servicios cubiertos dentro de los plazos que describimos en este *Manual del Miembro* (consulte la sección “Acceso a los Servicios cubiertos” en la página 4).
- Si negamos o proporcionamos una Autorización limitada por un servicio solicitado.
- Si reducimos, suspendemos o interrumpimos un servicio que autorizamos previamente.
- Si no actuamos ante una solicitud de Autorización previa dentro de los plazos de tiempo que describimos en este *Manual del Miembro*.
- Si no cumplimos con los plazos de tiempo de una Apelación interna que describimos en este *Manual del Miembro*.
- Si lo derivamos involuntariamente a un PCP diferente.

La **Administración de la utilización** es nuestro proceso constante de revisión y evaluación de la atención que recibe, para asegurarnos de que es adecuada y la que necesita.

Una **Agencia de Servicio de la Comunidad (CSA)** ofrece Coordinación de cuidados intensivos (ICC) y apoyo familiar y servicios de capacitación para jóvenes elegibles de MassHealth con trastornos emocionales graves (SED) y sus familias o cuidadores. Hay 32 CSA en todo el estado. Para más información sobre los servicios de las CSA o para encontrar una CSA, puede hablar con su Proveedor primario de cuidados médicos o llamar a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985. También puede encontrar esta información en tuftshealthplan.com y en nuestro *Directorio de Proveedores*. Llámenos si desea una copia del *Directorio de Proveedores*.

Un **Año de beneficios** es el ciclo anual en el que opera su plan de salud.

Apelación: consulte Apelaciones internas.

Una **Apelación expedita (rápida)** es una solicitud oral o escrita para una revisión rápida de una Acción adversa cuando su vida, salud o capacidad de conseguir, mantener o recuperar su función al máximo estará en riesgo si seguimos nuestros plazos estándar cuando revisemos su solicitud.

Las **Apelaciones internas** son solicitudes verbales o escritas para que nuestro plan de salud revise una Acción adversa.

El **Área de servicio** es el área geográfica en la que nuestro plan de salud ha desarrollado una Red de Proveedores para proveer el acceso adecuado a los Servicios cubiertos para los Miembros.

La **Atención de urgencia** incluye servicios que no son de Emergencia o de rutina.

La **Atención no sintomática** es la atención que no se asocia con ningún signo de salud visible. Algunos ejemplos son las consultas de bienestar y exámenes físicos. Consulte también “Atención preventiva”.

La **Atención preventiva** incluye una variedad de servicios para niños y adultos, como exámenes médicos anuales, exámenes de presión arterial, vacunas, evaluaciones conductuales para niños y muchos otros servicios que ayudan a mantener su salud.

La **Atención primaria** es la atención médica integral y coordinada que usted recibe durante una primera consulta y en cualquier consulta siguiente. La Atención primaria comprende los antecedentes médicos de ingreso, el diagnóstico y el tratamiento médico, evaluaciones de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias), comunicación de información sobre prevención de enfermedades, mantenimiento de la salud y Autorizaciones previas.

La **Atención sintomática no urgente** es la atención asociada con signos y síntomas de salud visibles pero que no requieren atención de salud inmediata. Algunos ejemplos son consultas por dolores de cabeza recurrentes o fatiga.

Audiencia justa es otro término para una Revisión externa de la Junta de Audiencias (BOH).

Autorización: consulte Autorización Previa.

La **Autorización previa** es la aprobación que Tufts Health Plan le da para que reciba servicios de cuidado de la salud específico. Nosotros debemos autorizar determinados tipos de servicios y Proveedores antes de que usted pueda recibir el servicio o consultar al Proveedor. Tomamos en cuenta el beneficio, los límites del beneficio y el estado del Proveedor en la Red cuando tomamos nuestra decisión.

La **Cancelación de la inscripción** es el proceso por el cual finaliza la cobertura de un Miembro.

Un **Centro Comunitario de Salud Conductual (CBHC)** ofrece tratamiento para afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, lo que incluye citas de rutina, visitas urgentes y servicios de estabilización e intervención en casos de crisis comunitarios 24 horas al día, 7 días a la semana como una alternativa a los departamentos de emergencia de los hospitales.

La **Compensación del trabajador** es la cobertura del seguro que los empleadores mantienen de conformidad con la ley federal y estatal para cubrir las lesiones y las enfermedades de los empleados en ciertas condiciones.

Una **Consulta** es cualquier pregunta o solicitud que tenga para nosotros.

La **Continuidad de la atención** es cómo garantizamos que siga recibiendo la atención que necesita cuando su médico ya no esté en nuestra Red, o cuando se convierte en Miembro por primera vez y está recibiendo atención de otro médico que no está en nuestra Red.

La **Coordinación de beneficios** es cómo recibimos dinero de otras personas para pagar sus necesidades de cuidado de la salud cuando tiene cobertura de más de una compañía de seguros.

La **Coordinación de cuidados intensivos (ICC)** es un programa que ciertos Miembros con problemas médicos y de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) difíciles de manejar, inestables o de larga duración pueden recibir si trabajar con un equipo de clínicos y profesionales les resultará de ayuda.

Una **Derivación** es una notificación que nos envía de su PCP que indica que puede recibir atención de un Proveedor distinto.

Una **Directiva anticipada** es un documento legal, a veces conocido como testamento en vida, poder legal duradero para el cuidado de la salud o poder de atención médica, que contiene las instrucciones escritas que usted crea para gestionar su atención si ya no es capaz de tomar decisiones sobre su cuidado de la salud. Un testamento en vida entrega instrucciones de tratamiento en caso de situaciones en que se salve o sustente la vida. Un poder de atención médica o poder legal duradero para el cuidado de la salud le permite elegir a una persona específica para que tome decisiones por usted si se enferma o queda incapacitado.

El ***Directorio de Proveedores*** es una publicación que indica los centros y los profesionales de cuidado de la salud contratados, como todos los PCP, Especialistas ordenados por especialidad, Hospitales, salas de Emergencias y Centros Comunitarios de Salud conductual (CBHC), farmacias, Servicios auxiliares, servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) y centros de salud escolares. Puede llamarnos al 888-257-1985 para obtener nuestro *Directorio de Proveedores*.

La **Elegibilidad** es si usted califica o no para los beneficios de MassHealth.

Una **Emergencia** es una afección médica o de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) con síntomas tan graves, incluyendo el dolor agudo, que una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar razonablemente que no recibir atención médica de inmediato podría causar que la salud del Miembro (o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer y su hijo nonato) esté en grave peligro. Este peligro podría incluir daño grave a las funciones corporales o un problema grave de cualquier órgano o parte del organismo; o en el caso de una mujer embarazada que tenga contracciones, si no hubiera suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro Hospital antes del parto, o si esa transferencia pudiera ser perjudicial para la salud de la mujer o su hijo nonato.

El **Equipo de Servicios para Miembros** es el equipo en nuestro plan de salud que se encarga de todas sus preguntas sobre políticas, procedimientos, solicitudes e inquietudes. Puede comunicarse con nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos.

Un **Especialista** es un Proveedor que está capacitado para proporcionar servicios médicos de especialidades, como cardiólogos (médicos del corazón), obstetras (médicos que atienden a las mujeres embarazadas) y dermatólogos (médicos de la piel).

La **Fecha de entrada en vigor de la cobertura (o Fecha de entrada en vigor)** es la fecha en que se convierte en Miembro de nuestro plan de salud y es elegible para recibir los Servicios cubiertos. En general, para los Miembros de MassHealth Standard/CommonHealth y Family Assistance, la Fecha de entrada en vigor de la cobertura es un día hábil después de que MassHealth nos comunique sobre su inscripción. Para los Miembros de MassHealth CarePlus, la Fecha de entrada en vigor de la cobertura es el primer día del mes siguiente a su inscripción. Por lo tanto, si usted se inscribió en MassHealth CarePlus el 3 de julio, su Fecha de entrada en vigor de la cobertura será el 1 de agosto.

Un **Formulario de representante designado** es un formulario que designa a un representante para que actúe en su nombre y autorice a Tufts Health Plan a divulgar su información médica protegida a ese representante.

Fraude es cuando una persona obtiene servicios o pago por servicios en forma deshonesta pero no tiene derecho a recibirlos según las reglas de MassHealth o Tufts Health Plan. Un ejemplo de Fraude es cuando un Miembro les presta sus Tarjetas de identificación de Miembro del plan de salud a otras personas para que puedan recibir cuidado de la salud o servicios de farmacia.

La **Gestión de la atención (y la Gestión de la atención integrada)** es cómo regularmente evaluamos, coordinamos y ayudamos con sus necesidades médicas, de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) o necesidades médicas de asistencia social. A través de la Gestión de la atención, hacemos nuestro mejor esfuerzo por garantizar que pueda acceder a atención de alta calidad, económica y adecuada; conseguir información sobre prevención de enfermedades y bienestar; y estar y mantenerse saludable.

La **Gestión de la atención integrada (ICM)** es un programa de Gestión de la atención que ofrecemos a los Miembros. La ICM puede incluir programas y servicios de apoyo de la comunidad, terapia a domicilio, planificación de prevención de crisis y apoyo de seguimiento.

La **herramienta Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (CANS)** les da a los Proveedores de Salud conductual una forma estandarizada de organizar la información durante las evaluaciones clínicas de Salud conductual para Miembros menores de 21 años y el proceso de planificación del alta para servicios de hospitalización psiquiátrica y tratamientos agudos comunitarios.

Un **Hospital** es cualquier establecimiento licenciado que provee atención médica y quirúrgica para pacientes que tienen enfermedades o lesiones agudas y que la American Hospital Association define como un Hospital o que The Joint Commission acredita.

La **Información médica protegida (PHI)** es cualquier información (oral, escrita o electrónica) sobre su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, o sobre su cuidado de la salud o pago por el cuidado de la salud. La PHI incluye cualquier información médica que una persona pueda usar para identificarlo.

La **Iniciativa de Salud Conductual para Niños (CBHI)** se asegura que si usted y sus hijos tienen cualquier necesidad importante de salud conductual, emocional y mental reciban los servicios necesarios para estar bien en su hogar, en la escuela y en su comunidad.

La **Junta de Audiencias** (BOH) es una oficina dentro de la Executive Office of Health and Human Services (EOHHS), Oficina de Medicaid.

La **Línea de Enfermera NurseLine** es nuestra línea de ayuda para preguntas de salud 24 horas al día, siete días a la semana. Cuando llame a nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 711), puede conversar a cualquier hora y sin costo alguno con un profesional de cuidado de la salud atento y comprensivo. Nuestro personal de la Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine puede proporcionarle información y apoyo sobre temas de cuidado de la salud como síntomas, diagnóstico y resultados de exámenes, así como tratamientos, exámenes y procedimientos que el Proveedor haya indicado. La Línea de Enfermera NurseLine no reemplaza a su Proveedor.

Su ***Manual del Miembro*** es este documento que describe los Servicios Cubiertos que obtiene con nuestro plan de salud. Es nuestro contrato con usted e incluye cualquier cláusula, enmienda u otro documento que se agregue a los detalles de los Servicios cubiertos.

MassHealth son los programas de beneficios o asistencia médica (también conocidos como Medicaid) que administra la Executive Office of Health and Human Services (EOHHS). Tufts Health Plan cubre a los Miembros de MassHealth con los planes Standard, CommonHealth, Family Assistance y CarePlus.

MassHealth CarePlus ofrece beneficios de salud a adultos de 21 a 64 años de edad que no son elegibles para MassHealth Standard.

MassHealth CommonHealth ofrece beneficios de salud similares a los de MassHealth Standard a adultos con discapacidades y niños o adultos jóvenes con discapacidades que no puede recibir MassHealth Standard debido a que sus ingresos son demasiado altos.

MassHealth Family Assistance ofrece beneficios de salud a niños, adultos jóvenes y ciertos inmigrantes y hombres y mujeres con VIH positivo que no pueden obtener cobertura de MassHealth Standard, CommonHealth o CarePlus.

MassHealth Standard ofrece una gama completa de beneficios de cuidado de la salud. Está disponible para personas menores de 21 años, mujeres embarazadas, padres o familiares cuidadores que viven con un niño menor de 19 años de edad, personas con discapacidades (según se determina en los estándares establecidos por las leyes federales y estatales: las personas deben tener una afección mental o física que les limite su capacidad de trabajar durante al menos 12 meses), personas con VIH positivo, personas que estuvieron en hogares de acogida hasta los 26 años, personas que reciben servicios o que están en una lista de espera para obtener servicios del Department of Mental Health, personas con cáncer de mama o de cuello uterino, y personas Médicamente frágiles que por lo demás son elegibles para CarePlus. Los niveles de ingresos para la Elegibilidad varían para estos distintos grupos.

Una persona **Médicamente frágil** tiene necesidades especiales de cuidado de la salud. Por ejemplo, una persona que tiene una afección médica, de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que limita su capacidad de trabajar o ir a la escuela; que necesita ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse; que recibe regularmente atención médica, cuidados personales o servicios de salud en el hogar o en otro entorno comunitario, como un centro de cuidados diurnos para adultos, o que tiene una enfermedad terminal.

Médicamente necesario o Necesidad médica es un término que abarca los servicios que, dentro de lo razonable, tienen la intención de prevenir, diagnosticar, detener el empeoramiento, mejorar, corregir o curar afecciones que ponen en peligro su vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o deficiencia, pueden causar o empeorar una discapacidad, o pueden ocasionar que se enferme mucho y para las cuales no hay otro servicio médico o centro de servicio que pueda darle el mismo resultado, que esté disponible y sea adecuado para usted, y que sea más conservador o menos costoso. Los servicios Médicamente necesarios deben ser de una calidad que cumpla con los estándares de cuidado de la salud reconocidos profesionalmente y deben estar validados por registros, incluyendo la evidencia de dicha Necesidad médica y calidad.

Un **Miembro** es cualquier persona inscrita en nuestro plan de salud por elección o asignación de la Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) o sus designados.

Nuestra **Notificación de las Políticas de Privacidad** le informa cómo usamos y divulgamos su Información médica protegida (PHI). Para leer nuestra Notificación de las Políticas de Privacidad, visite tuftshealthplan.com o llame al 888-257-1985 para que le envíen una copia por correo postal.

Una **Organización de atención responsable (ACO)** es un equipo de médicos y Proveedores de cuidado de la salud liderados por su Proveedor primario de cuidados médicos (PCP). La misión del equipo es asistir para que alcance sus objetivos de salud y, al mismo tiempo, facilitarle la obtención de atención de alta calidad.

Un **Proveedor** es una persona, establecimiento, agencia, institución, organización u otra entidad con las licencias y acreditaciones correspondientes que tiene un contrato con Tufts Health Plan, o su subcontratista, para prestar Servicios cubiertos según este contrato.

Un **Proveedor dentro de la red** es un Proveedor contratado por nuestro plan de salud para prestar Servicios cubiertos a los Miembros.

Un **Proveedor fuera de la red** es un Proveedor no contratado por nuestro plan de salud para prestar Servicios cubiertos a los Miembros.

Un **Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)** es el Proveedor individual o equipo que usted elige, o que nosotros le asignamos, para que atienda todas sus necesidades de cuidado de la salud. Los PCP, que son médicos, deben tener una de las siguientes especialidades: práctica familiar, medicina interna, práctica general, medicina para niños y adolescentes u obstetricia/ginecología (solo para mujeres). El PCP debe estar certificado por la junta o ser elegible para la certificación de la junta en su área de especialidad. También puede escoger un enfermero practicante o un asistente médico licenciado como su PCP si el enfermero practicante o asistente médico licenciado son Proveedores de nuestra Red. Los PCP para personas con discapacidades, incluyendo personas con VIH/SIDA, pueden incluir médicos con otras especialidades.

Una **Queja** es una expresión de insatisfacción que usted o su Representante designado hacen sobre cualquier acción o falta de acción de nuestro plan de salud distinta de una Acción adversa. Los motivos para presentar Quejas pueden incluir entre otros, la calidad de la atención o los servicios prestados, mala educación de parte de un Proveedor o un empleado de nuestro plan de salud, no respetar sus derechos, un desacuerdo que pueda tener con nuestra decisión de no aprobar una solicitud para apresurar una Apelación interna, un desacuerdo con nuestras solicitudes de extender los plazos para resolver una decisión de Autorización o una Apelación interna.

La **Red o Red de Proveedores** es el grupo colectivo de Proveedores que tienen contrato con Tufts Health Public Plans, Inc. para prestar Servicios cubiertos.

Una **red de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños (CBHI)** ofrece una variedad de servicios integrales para determinados niños menores de 21 años de edad. Estos incluyen Coordinación de cuidados intensivos (ICC) y apoyo familiar y servicios de capacitación para jóvenes elegibles de MassHealth con trastornos emocionales graves (SED) y sus familias o cuidadores ofrecidos a través de Agencias de Servicio de la Comunidad (CSA; consulte la definición a continuación). Otros servicios de la CBHI incluyen terapia a domicilio, servicios de Salud conductual a domicilio e intervención móvil ante crisis de jóvenes (YMCI). Para más información sobre los servicios de la CBHI o para encontrar una CSA u otro Proveedor de servicios de CBHI, puede hablar con su Proveedor primario de cuidados médicos o llamar a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985. También puede encontrar esta información en tuftshealthplan.com y en nuestro *Directorio de Proveedores*. Llámenos si desea una copia del *Directorio de Proveedores*.

Una **Reclamación** es una factura que su Proveedor nos envía para solicitarnos que paguemos por los servicios que usted recibe.

Una **Región** es el área en la que usted vive y donde debería elegir a su Proveedor primario de cuidados médicos (PCP).

Un **Representante designado** es alguien que designa por escrito para tomar decisiones relacionadas con su plan de beneficios y recibir información relacionada con el cuidado de su salud.

Una **Revisión de la decisión sobre una queja** es una segunda revisión de una decisión tomada por nuestro plan de salud con respecto a una Queja.

La **Revisión de la utilización** es nuestro proceso de estudiar la información de médicos para ayudarnos a decidir los servicios que necesita para estar mejor o mantenerse saludable. Nuestros métodos formales de revisión nos permiten controlar el uso o evaluar la necesidad clínica, idoneidad o eficiencia de los Servicios cubiertos, los procedimientos o los entornos. Los métodos de revisión pueden incluir, entre otros, revisión ambulatoria, revisión prospectiva, Segunda opinión, certificación, revisión concurrente, Gestión de la atención, planificación del alta o revisión retrospectiva.

Una **Revisión externa (Audiencia justa)** es una solicitud escrita presentada ante la Executive Office of Health and Human Services (EOHHS), Oficina de la Junta de Audiencias (BOH) de Medicaid para revisar las decisiones sobre Apelaciones de Tufts Health Plan. La EOHHS se refiere a una Revisión externa como una “Audiencia justa”.

Una **Segunda opinión** es una consulta que puede hacer con respecto a un procedimiento médico de un Proveedor dentro de la red. Su Proveedor primario de cuidados médicos (PCP) le dará una derivación a un Proveedor dentro de la red para que reciba una Segunda opinión. Nosotros debemos darle una Autorización previa cuando su Proveedor desee que usted reciba una Segunda opinión de un Proveedor que no forme parte de la Red de Proveedores. Tufts Health Plan pagará cualquier costo relacionado para que usted reciba una Segunda opinión de un Proveedor dentro de la red contratado o, con Autorización previa, de un Proveedor que no forme parte de la Red de Proveedores.

Los **Servicios auxiliares** son exámenes, procedimientos, imágenes y servicios de apoyo (tales como análisis de laboratorio y servicios de radiología) que recibe en un entorno de cuidado de la salud y que ayudan a su Proveedor a diagnosticar o tratar su afección.

Los **Servicios como paciente hospitalizado** son servicios que necesitan al menos una estancia de una noche en un entorno hospitalario. Por lo general, se aplica a los servicios que recibe en establecimientos licenciados, como Hospitales y centros de enfermería especializada.

Los **Servicios continuados** incluyen cualquier servicio o servicios que usted recibe mientras espera una decisión sobre una Apelación interna o una Revisión externa (Audiencia justa) de la Junta de Audiencias (BOH). Esto incluye cuando la Apelación se presentó dentro de los 10 días e involucra la reducción, suspensión o interrupción de un curso de tratamiento previamente autorizado; el período original cubierto por la Autorización original no se ha vencido; y usted solicitó una extensión de beneficios. A menos que diga claramente que no desea recibir estos servicios, usted seguirá recibiéndolos hasta que retire la Apelación interna o la Revisión externa (Audiencia justa) de la BOH o la BOH emita una decisión de mantener la decisión original de la Apelación interna. Si la BOH apoya nuestra decisión original, es posible que usted deba devolverle a MassHealth el costo de los servicios solicitados que recibió.

Los **Servicios cubiertos** son los servicios y suministros que cubren nuestro plan de salud y MassHealth. La *Lista de servicios cubiertos* del Apéndice A en este *Manual del Miembro* detalla todos sus Servicios cubiertos y suministros. Puede llamar a Servicios para Miembros al 888-257-1985 o visitar tuftshealthplan.com para obtener copias de su *Lista de servicios cubiertos* o del *Manual del Miembro*.

Los **Servicios de atención paliativa** son servicios diseñados para cubrir las necesidades de los Miembros a quienes se les certificó una enfermedad terminal y tienen una expectativa de vida de seis meses o menos si la enfermedad continúa su curso normal. Incluyen cuidados paliativos de rutina, atención continua en el hogar, cuidados de relevo para pacientes hospitalizados y atención general para pacientes hospitalizados.

Los **Servicios de atención posteriores a la estabilización** son Servicios cubiertos que ayudan a que se mejore y mantenga saludable después de una afección de salud de Emergencia. Puede recibir estos servicios en Hospitales y todos los centros de cuidado de la salud que proporcionan servicios de Emergencia.

Los **servicios de Evaluación periódica y temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)** son servicios de Atención preventiva y tratamiento, como exámenes físicos, evaluaciones del desarrollo y controles de niño sano, que los Miembros de MassHealth Standard y CommonHealth menores de 21 años pueden recibir de un Proveedor primario de cuidados médicos (PCP) a determinadas edades identificadas. Incluyen una evaluación completa (p. ej., evaluaciones de salud física, mental y del desarrollo), coordinación de servicios, intervención en crisis y servicios a domicilio.

Los **servicios de Evaluación y diagnóstico preventivos para el cuidado de la salud pediátrico (PPHSD)** son servicios de Atención preventiva y de tratamiento que los Miembros de MassHealth Family Assistance menores de 21 años pueden recibir de un Proveedor primario de cuidados médicos en un cronograma periódico.

Los **Servicios de planificación familiar** son servicios que puede recibir de cualquier Proveedor contratado de MassHealth y su Proveedor primario de cuidados médicos (PCP) sin una Derivación. Los Servicios de planificación familiar incluyen métodos anticonceptivos, exámenes, orientación, pruebas de embarazo y algunos análisis de laboratorio.

Los **servicios de Salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias)** incluyen visitas, consultas, asesoramiento, exámenes y evaluaciones de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, como también servicios para pacientes hospitalizados, pacientes externos, de desintoxicación y servicios alternativos.

La **Subrogación** es el procedimiento por el cual nuestro plan de salud puede recuperar el costo total o parcial de los beneficios pagados de personas o entidades terceras, como una compañía de seguros.

Una **Tarjeta de identificación de miembro (Tarjeta de identificación)** del plan de salud es la tarjeta que identifica que usted es Miembro de nuestro plan de salud. Su Tarjeta de identificación de miembro incluye su nombre y su número de identificación de miembro. Debe mostrar esa tarjeta y su Tarjeta de identificación de MassHealth a los Proveedores y farmacéuticos antes de recibir servicios. Si pierde su Tarjeta de identificación de miembro, o si alguien se la roba, llámenos para obtener otra.

2025

Tufts Health Together with UMass Memorial Health

Lista de Servicios Cubiertos

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

UMass Memorial Health

7519 010125rev010125

LISTA DE SERVICIOS CUBIERTOS

MassHealth Standard y CommonHealth, MassHealth CarePlus y MassHealth Family Assistance

Consulte las siguientes páginas para conocer los detalles y las limitaciones exactos, incluidos los requisitos de autorización previa. Cada tipo de cobertura podría tener diferentes servicios cubiertos y beneficios para nuestros miembros.

Lista de servicios cubiertos para los miembros de Tufts Health Together con cobertura MassHealth Standard y MassHealth CommonHealth 72

Lista de servicios cubiertos para los miembros de Tufts Health Together con cobertura MassHealth CarePlus 102

Lista de servicios cubiertos para los miembros de Tufts Health Together con cobertura MassHealth Family Assistance 126

Lista de servicios cubiertos para los miembros de Tufts Health Together con cobertura MassHealth Standard y MassHealth CommonHealth

Descripción general

El siguiente cuadro es un resumen de los servicios y beneficios cubiertos para los miembros de MassHealth Family Assistance inscritos en nuestro plan de salud. Coordinaremos todos los servicios cubiertos que se indican a continuación. Usted tiene la responsabilidad de llevar siempre con usted sus tarjetas de identificación del plan de salud y de MassHealth para mostrarlas a sus proveedores en todas las citas.

El cuadro también muestra si cada servicio requiere:

- una derivación (aprobación de su proveedor primario de cuidados médicos [PCP]);
- una autorización previa (permiso nuestro o de uno de nuestros proveedores); o
- tanto una derivación como una autorización previa para recibir el servicio.

Encontrará más información sobre las autorizaciones previas y derivaciones en su Manual del Miembro. Antes de que reciba algunos servicios, los proveedores pueden preguntarle sobre sus necesidades de cuidado de la salud para decidir si el servicio es apropiado y para registrarlo para el servicio con su plan de salud (si es necesario). Además, tenga en cuenta que, a partir del 1 de abril de 2024, no hay copagos para ningún servicio cubierto por MassHealth.

Puede llamar a nuestro Equipo de Servicios para Miembros para obtener más información sobre los servicios y beneficios o para hacer preguntas. Consulte el número de teléfono y el horario de atención de los servicios para miembros al final de cada página de este documento.

- Si tiene preguntas sobre los servicios médicos o de salud conductual, llame al (888) 257-1985, TTD/TTY: 711.
- Para obtener más información sobre los servicios de farmacia, llame al (888) 257-1985, TTD/TTY: 711 o consulte la Lista de medicamentos de MassHealth en www.mass.gov/druglist.
- Si tiene preguntas sobre los servicios dentales, llame al (800) 207-5019, TDD/TTY: 711 o visite www.masshealth-dental.net.

Tenga en cuenta que los servicios y beneficios que cubre MassHealth cambian cada cierto tiempo y a causa de la COVID-19 puede haber flexibilidades. Esta lista de servicios cubiertos es solo para su información general y no debe ser lo único en lo que confíe para averiguar si tiene cobertura de MassHealth para el servicio que necesita. (Por ejemplo, puede haber límites en lo que se cubre de un servicio). La mejor manera de saber si el servicio que necesita está cubierto es llamar a nuestro Equipo de Servicios para Miembros. Consulte el número de teléfono y el horario de atención de los servicios para miembros al final de cada página de este documento.

Las normas de MassHealth controlan los servicios cubiertos y los beneficios disponibles para usted. Para consultar las normas de MassHealth, visite www.mass.gov/masshealth-and-eohhs-regulations.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de emergencia		
Servicios de emergencia para pacientes hospitalizados y externos	No	No
Servicios médicos		
Servicios de aborto	No	No
Tratamiento de acupuntura: indicado como analgésico o anestésico.	No	Sí
Servicios para pacientes hospitalizados agudos: incluye todos los servicios como paciente hospitalizado en un hospital de agudos, como intervención médica diaria, cirugía, obstetricia, salud conductual, radiología, laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico y tratamiento. También se incluyen los días necesarios por cuestiones administrativas. Puede requerirse una preselección.	Sí	No
Servicios hospitalarios para pacientes externos agudos: servicios en el departamento de pacientes externos de un hospital o en una clínica satélite. Por lo general, los proporciona, dirige u ordena un médico. Los servicios incluyen atención especializada, servicios de observación, cirugía de día, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación.	Sí	Sí
Servicios de cuidados diurnos para adultos: los servicios basados en centros, ofrecidos por proveedores de cuidados diurnos para adultos con licencia del Department of Public Health, tienen el objetivo general de cubrir las actividades de la vida diaria (ADL) o las necesidades de enfermería especializada y terapéutica, y pueden incluir lo siguiente: • Servicios de enfermería y supervisión de la salud • Servicios nutricionales o dietéticos • Gestión de la atención y defensa y apoyo de servicios sociales • Actividades de asesoramiento • Transporte	*	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de acogida de adultos (AFC): servicios comunitarios prestados a los miembros de 16 años o más por un cuidador que vive con ellos y que cubre la necesidad del miembro de recibir ayuda para lo siguiente • Actividades de la vida diaria (ADL) y • Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) El proveedor de AFC se encarga de la supervisión de enfermería y la gestión de la atención prestadas al miembro.	*	No
Servicios de cirugía ambulatoria: servicios quirúrgicos, de diagnóstico y médicos que proporcionan diagnóstico o tratamiento mediante procedimientos operativos, incluyendo la cirugía oral, que requieren anestesia general, local o regional a pacientes que no requieren hospitalización ni servicios de estadía durante la noche al finalizar el procedimiento, pero que requieren supervisión médica constante durante un período limitado tras la conclusión del procedimiento.	Sí	Sí
Servicios de audiología (audición): los servicios incluyen, entre otros, pruebas relacionadas con la determinación de la pérdida auditiva, evaluación de prótesis auditivas, receta de dispositivos de asistencia auditiva y rehabilitación auditiva.	No	Sí
Servicios quiroprácticos: tratamiento quiropráctico manipulativo, visitas al consultorio y algunos servicios de radiología (por ejemplo, radiografías).	No	Sí
Servicios del hospital de rehabilitación de enfermedades crónicas (CDRH): servicios en un CDRH durante un máximo de 100 días por admisión. Después de 100 días en un CDRH, los miembros serán transferidos de su plan a MassHealth de pago por servicio para seguir recibiendo los servicios en el CDRH. (Nota: Los miembros que también reciban servicios de centros de enfermería serán transferidos después de 100 días de servicios combinados de CDRH y centro de enfermería).	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de los centros de salud comunitarios: Ejemplos: • Visitas al consultorio de especialistas • Servicios de obstetricia y ginecología • Servicios pediátricos, incluyendo los servicios de evaluación periódica y temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) • Servicios médicos y sociales • Servicios de nutrición, incluyendo la capacitación para el automanejo de la diabetes, y tratamiento médico de nutrición • Vacunas/inmunizaciones • Información sobre la salud	No	Sí
Servicios de habilitación diurna: los servicios en centros para miembros con discapacidad intelectual o del desarrollo ofrecidos por un proveedor de habilitación diurna pueden incluir lo siguiente: • Servicios de enfermería y supervisión del cuidado de la salud • Formación en las destrezas para el desarrollo • Actividades o terapias personalizadas • Ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL)	*	No
Formación para el automanejo de la diabetes: servicios de formación y educación para el automanejo de la diabetes prestados a un miembro con prediabetes o diabetes de parte de un médico o determinados profesionales de cuidado de la salud cualificados y acreditados (por ejemplo, enfermeros titulados, asistentes médicos, enfermeros practicantes y nutricionistas licenciados).	No	Sí
Servicios de diálisis: diálisis renal médicamente necesaria que incluye todos los servicios, suministros y análisis de laboratorio rutinarias; también incluye formación en diálisis domiciliaria.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Equipos médicos duraderos (DME): incluye, entre otras cuestiones, el alquiler o la compra de equipos médicos, algunas piezas de repuesto y reparaciones de dichos elementos. Los DME cubiertos son, entre otros, los siguientes: • productos absorbentes • bombas para los senos • nutrición enteral y parenteral • glucómetros y suministros para diabéticos • equipos de movilidad y sistemas de asiento • camas de hospital y accesorios • dispositivos aumentativos y alternativos de comunicación, incluidos los dispositivos generadores de habla (SGD) (consulte también Tabletas para uso como SGD más adelante)	Sí	No
Servicios de intervención temprana	No	Sí
Servicios de planificación familiar	No	No
Barniz de flúor: barniz de flúor aplicado en los dientes por pediatras y otros profesionales de cuidado de la salud cualificados (asistentes médicos, enfermeros practicantes, enfermeros titulados y enfermeros prácticos autorizados) a miembros menores de 21 años durante una visita de atención preventiva pediátrica.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de acogida de adultos en grupo (GAFC): servicios basados en la comunidad prestados a los miembros de 22 años o más por un asistente de cuidado directo del GAFC que cubre la necesidad del miembro de recibir ayuda para lo siguiente: • Actividades de la vida diaria (ADL) y • Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) El proveedor del GAFC se encarga de la supervisión de enfermería y la gestión de la atención prestadas al miembro.	*	No
Servicios de prótesis auditivas	Sí	Sí
Servicios de salud a domicilio: servicios de atención especializada y de apoyo prestados en el domicilio del miembro para cubrir las necesidades de atención especializada y las actividades de la vida diaria asociadas para permitir al miembro permanecer en su domicilio de forma segura. Los servicios disponibles incluyen enfermería especializada, administración de medicación, asistencia de salud a domicilio y terapia ocupacional, física y del habla/lenguaje.	Sí	No
Servicios de atención paliativa: los miembros deben analizar sus opciones de servicios de atención paliativa con MassHealth o su plan de salud.	Sí	No
Servicios de infertilidad: diagnóstico de la infertilidad y tratamiento de la enfermedad subyacente.	Sí	Sí
Servicios del centro de aislamiento y recuperación: servicios que recibe un miembro en un centro de aislamiento y recuperación. Se trata de un lugar, como un hotel o un motel, que tiene un contrato con EOHHS para proporcionar alojamiento seguro y aislado a los miembros con un diagnóstico de COVID-19.	*	No
Servicios de laboratorio: todos los servicios necesarios para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y para el mantenimiento de la salud.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Apoyo de coordinación mejorado, centrado en las relaciones y alineado (CARES) para niños de MassHealth: un servicio que proporciona servicios de gestión de casos específicos para miembros de alto riesgo menores de 21 años con complejidad médica. CARES para niños de MassHealth ofrece una coordinación de la atención integral y personalizada para los jóvenes y sus familias. Este servicio se presta en determinados centros de atención primaria o especializada en los que reciben atención médica los miembros menores de 21 años con problemas médicos complejos. Los proveedores de CARES para niños de MassHealth actuarán como entidades líderes para coordinar una atención rápida y personalizada entre los sistemas de salud, educación, agencias estatales y servicios sociales.	No	No
Terapia médica de nutrición: servicios nutricionales, de diagnóstico, terapia y asesoramiento para el tratamiento de una afección médica prestados por un médico, un dietista titulado, un dietista/nutricionista titulado u otros profesionales del cuidado de la salud cualificados y acreditados (por ejemplo, enfermeros titulados, asistentes médicos y enfermeros practicantes).	No	Sí
Servicios en un centro de enfermería: servicios brindados en un centro de enfermería. Después de 100 días en un centro de enfermería, los miembros serán transferidos de su plan a MassHealth de pago por servicio para seguir recibiendo los servicios en el centro de enfermería. [Nota: Los miembros que también reciban servicios en un hospital de rehabilitación de enfermedades crónicas (CDRH) serán transferidos después de 100 días de servicios combinados de CDRH y centro de enfermería].	Sí	No
Servicios ortopédicos: aparatos ortopédicos no dentales y otros dispositivos mecánicos o moldeados para apoyar o corregir defectos de forma o función del cuerpo humano.	Sí	Sí
Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Auxiliar de atención personal: servicios para ayudar a los miembros con las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria. Por ejemplo: • Baño • Vestimenta • Movilidad/transferencias • Amplitud de movimiento pasivo • Aseo • Alimentación • Gestión de medicamentos	*	No
Servicios de podología: servicios para el cuidado de los pies.	No	Sí
Atención primaria (prestada por el PCC o PCP del miembro): algunos ejemplos son: • Visitas al consultorio para recibir atención primaria • Exámenes ginecológicos anuales • Cuidado prenatal • Capacitación para el automanejo de la diabetes • Servicios para dejar de fumar • Barniz de flúor para prevenir la caries dental en menores de 21 años	No	No
Enfermería privada/enfermería especializada continua: una consulta de enfermería de más de dos horas continuas de servicios de enfermería. Este servicio puede ser prestado por una agencia de asistencia de salud a domicilio, una agencia de enfermería especializada continua o un enfermero independiente.	*	No
Servicios protésicos: dispositivos no dentales destinados a sustituir una parte externa inferior o superior del cuerpo perdida por amputación o deformidades congénitas, y destinados a servir de reemplazo de una extremidad o de una articulación total.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de radiología y diagnóstico: Por ejemplo: • Radiografías • Resonancia magnética (RM) y otros estudios de imagen • Servicios de oncología radioterápica realizados en centros de oncología radioterápica (ROC) independientes de un hospital de agudos para pacientes externos o de un servicio médico	Sí	Sí
Monitorización remota de pacientes (RPM): monitorización a domicilio de miembros para el control de enfermedades crónicas y servicios de consulta electrónica. • RPM: a partir del 1 de agosto de 2024, según especifique la EOHHS, determinados servicios, prestados por un médico, un centro de salud comunitario o un hospital, a fin de facilitar el seguimiento cercano y a domicilio de las inscritas embarazadas, puérperas, con insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otras afecciones especificadas por la EOHHS. • RPM para COVID-19: conjunto de servicios para facilitar el seguimiento domiciliario de miembros con COVID-19 confirmada o presunta que no requieren atención a nivel de departamento de emergencias u hospitalario, pero que requieren un seguimiento de cerca continuado. El conjunto de RPM para COVID-19 incluye todos los servicios clínicos médicamente necesarios para facilitar siete días de seguimiento a domicilio cercano de los miembros con COVID-19 confirmada o presunta.	No	No
Servicios de centros de salud escolares: todos los servicios cubiertos prestados en centros de salud escolares (SBHC).	No	No
Especialistas: algunos ejemplos son los siguientes. • Visitas al consultorio para recibir atención de especialidad • Ginecología y obstetricia (no se necesita una derivación para la atención prenatal y el examen ginecológico anual) • Terapia médica de nutrición	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Tabletas (para uso como dispositivos generadores de habla (SGD): la ley estatal proporciona cobertura limitada de tabletas utilizadas como SGD para determinados miembros menores de 21 años que tengan un diagnóstico de trastorno del espectro autista y un trastorno grave de la comunicación expresiva, y para los que un SGD sea médicamente necesario, y una tableta sea el dispositivo más adecuado. Si un dispositivo médico cubierto como equipo médico duradero (DME) (fabricado exclusivamente para un fin médico) es más apropiado, el miembro puede recibir un dispositivo médico generador de habla médicamente necesario. [Consulte más arriba la descripción del equipo médico duradero (DME)].	*	No
Servicios de terapia: los servicios de terapia incluyen la evaluación diagnóstica y la intervención terapéutica destinadas a mejorar, desarrollar, corregir, rehabilitar o prevenir el empeoramiento de las capacidades funcionales o enfermedades, lesiones o trastornos congénitos. Por ejemplo: • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla o lenguaje	Sí	Sí
Servicios para dejar de fumar: asesoramiento individual y en grupo presencial para dejar de fumar, que incluyendo la terapia de reemplazo de nicotina (NRT).	No	No
Servicios en clínicas de atención de urgencia	No	No
Servicios de asesoramiento sobre vacunas	No	No
Pelucas: recetadas por un médico y relacionadas con una afección médica.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de Evaluación periódica y temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) para miembros menores de 21 años		
Servicios de detección: los miembros deben acudir a su proveedor primario de cuidados médicos (PCP) para las visitas de atención médica preventiva, incluso cuando se encuentren bien. Como parte de estas visitas, los PCP pueden realizar pruebas de detección de problemas o riesgos para la salud. Estos exámenes incluyen pruebas físicas, mentales, de desarrollo, dentales, auditivas, visuales y de otro tipo para detectar posibles problemas. Las visitas rutinarias a un dentista también están cubiertas para los miembros menores de 21 años.	No	No
Servicios de diagnóstico y tratamiento: se realizan pruebas de diagnóstico para hacer un seguimiento cuando se identifica un riesgo. El tratamiento se utiliza para controlar, corregir o reducir los problemas de salud.	Sí	Sí
Servicios dentales		
Dentaduras postizas para adultos: dentaduras postizas completas y parciales, así como ajustes y reparaciones de dichas dentaduras, para miembros de 21 años o más.	*	No
Servicios de diagnóstico, prevención, restauración y odontología compleja: se utilizan para la prevención, el control y el tratamiento de enfermedades dentales y el mantenimiento de la salud bucodental de niños y adultos.	*	No
Atención dental de emergencia	No	No
Cirugía oral: para tratar una afección médica, realizada en cualquier lugar de servicio, incluyendo sin limitación un centro para pacientes externos, como un hospital de cirugía ambulatoria o una clínica o consultorio.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de doulas		
Servicios de doula: apoyo emocional, informativo y físico no médico a las miembros embarazadas, parturientas y puérperas.	*	No
Servicios de transporte		
Servicios de transporte de emergencia. Transporte en ambulancia (aérea y terrestre) que generalmente no está programado pero que se necesita con carácter de emergencia. Entre ellos se incluye el transporte de atención especializada (es decir, el transporte en ambulancia de un miembro herido o enfermo grave de un centro a otro, que requiere una atención que va más allá del ámbito de actuación de un paramédico).	No	No
Servicios de transporte no de emergencia. Transporte en ambulancia terrestre, silla de seguridad, taxi y transporte común para trasladar a un miembro a un servicio cubierto y desde este.	*	No
Servicios de la vista		
Atención de la vista médica, que incluye: • Exámenes oftalmológicos completos una vez al año para los miembros menores de 21 años y una vez cada 24 meses para los miembros mayores de 21 años, y siempre que sea médicamente necesario • Educación sobre la vista • Prótesis oculares; lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarias, como tratamiento médico para una afección médica como el queratocono • Lentes terapéuticas	Sí	Sí
Atención de la vista no médica, que incluye: • Receta y dispensación de material oftálmico, incluyendo anteojos y otras ayudas visuales, excluidos los lentes de contacto	*	*

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de farmacia		
Los artículos de esta sección están cubiertos según figuran en la Lista de medicamentos de MassHealth. Los proveedores de farmacia pueden entregar medicamentos en domicilios particulares, incluyendo los albergues para personas sin hogar.		
Medicamentos magistrales	Sí	No
Productos de farmacia que no sean medicamentos	Sí	No
Medicamentos de venta libre	Sí	No
Medicamentos recetados	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de salud conductual		
Servicios alternativos: servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que se prestan como alternativas clínicamente apropiadas a los servicios como paciente hospitalizado de salud conductual para apoyar a un miembro que regresa a la comunidad después de una hospitalización aguda de 24 horas, y para proporcionar apoyo intensivo para mantener su funcionamiento en la comunidad. Existen dos categorías de servicios alternativos: los que se prestan en un centro 24 horas y los que se prestan en un entorno o centro que no cubre 24 horas.		
Servicios alternativos que no cubren las 24 horas		
Programa de Apoyo Comunitario (CSP) y CSP especializados: servicios de salud conductual prestados a los miembros a través de personal paraprofesional móvil y basado en la comunidad. **Programa de Apoyo Comunitario para Personas sin Hogar (CSP-HI):** un servicio especializado del CSP para atender las necesidades sociales relacionadas con la salud de los miembros que • se encuentran sin hogar y son usuarios frecuentes de los servicios médicos agudos de MassHealth; o bien • son personas sin hogar crónicas, según la definición del Department of Housing and Urban Development de Estados Unidos. **Programa de Apoyo Comunitario para Personas con Problemas Judiciales (CSP-JI):** un servicio especializado del CSP para abordar las necesidades sociales relacionadas con la salud de los miembros con implicación judicial que tienen una barrera para acceder a los servicios médicos y de salud conductual o utilizarlos de manera coherente. **Programa de Apoyo Comunitario: Programa de Preservación del Arrendamiento (CSP-TPP):** servicio especializado del CSP para atender las necesidades sociales relacionadas con la salud de los miembros que corren el riesgo de quedarse sin hogar y de ser desahuciados como consecuencia de una conducta relacionada con una discapacidad. CSP-TPP trabaja con el miembro, el Tribunal de la Vivienda y el arrendatario del miembro para preservar los contratos de arrendamiento poniendo al miembro en contacto con los servicios comunitarios con el fin de abordar los problemas subyacentes que causan el incumplimiento del contrato de arrendamiento.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Programa Intensivo para Pacientes Externos (IOP): un servicio clínicamente intensivo que sigue al alta de una hospitalización y ayuda a los miembros a evitar la readmisión en un servicio de hospitalización y los ayuda a volver a la comunidad. El servicio ofrece un tratamiento coordinado a través de diversos especialistas.	No	No
Hospitalización parcial (PHP): estos servicios ofrecen una programación de salud mental diurna a corto plazo disponible los siete días a la semana, como alternativa a los servicios de hospitalización. Estos servicios incluyen el tratamiento psiquiátrico diario.	**	No
Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT): un enfoque de equipo de tratamiento para proporcionar tratamiento de salud mental agudo, activo y a largo plazo basado en la comunidad, además de alcance, rehabilitación y apoyo. Este servicio ayuda a los miembros a maximizar su recuperación, fijar objetivos y participar en la comunidad. Los servicios se prestan en la comunidad y están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año, según sea necesario.	No	No
Tratamiento psiquiátrico de día: servicios de salud mental para miembros que no necesitan hospitalización, pero que necesitan más tratamiento que una visita semanal. El tratamiento psiquiátrico de día incluye servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	No	No
Acompañamiento de recuperación: un servicio no clínico proporcionado por otras personas que han vivido el trastorno por consumo de sustancias y que han sido certificados como acompañantes de recuperación. Los miembros se ponen en contacto con acompañantes de recuperación que los ayudan a iniciar el tratamiento. Los acompañantes de recuperación también sirven de guía para ayudar a los miembros a mantener la recuperación y permanecer en la comunidad.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Orientadores de apoyo a la recuperación (RSN): servicios especializados de coordinación de la atención a los miembros que padecen trastornos por consumo de sustancias. Este servicio ayuda a los miembros a acceder al tratamiento y recibirlo, incluyendo la gestión de la abstinencia y los servicios de desintoxicación, y a mantenerse motivados para el tratamiento y la recuperación.	**	No
Programa estructurado para el tratamiento ambulatorio de adicciones (SOAP): servicios para trastornos por consumo de sustancias que son clínicamente intensivos y se ofrecen en un entorno estructurado durante el día o la noche. Estos programas pueden utilizarse para ayudar a un miembro en la transición desde un programa de tratamiento hospitalario de trastornos por consumo de sustancias. También pueden utilizarlo los miembros que necesiten servicios ambulatorios más estructurados para un trastorno por consumo de sustancias. Los programas pueden incluir servicios especializados para embarazadas, adolescentes y adultos que necesiten vigilancia las 24 horas del día.	No	No
Servicios alternativos de 24 horas		
Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que se utilizan en lugar de servicios de hospitalización. Estos servicios ayudan al miembro a reincorporarse en la comunidad tras una hospitalización o a mantener su funcionamiento en la comunidad.		
Servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastornos por consumo de sustancias: servicios utilizados para tratar trastornos por consumo de sustancias las 24 horas al día, siete días a la semana. Los servicios pueden incluir evaluación, uso de medicamentos aprobados para tratar las adicciones, asesoramiento individual y grupal, grupos educativos y planificación del alta. Las miembros embarazadas reciben servicios especializados. Los miembros reciben servicios adicionales para tratar otros trastornos mentales.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Clinical Support Services para trastornos por consumo de sustancias: servicios de tratamiento de 24 horas que pueden utilizarse por sí solos o después de los servicios de tratamiento agudo para trastornos por consumo de sustancias. Los servicios incluyen educación y asesoramiento, ayuda a las familias y parejas, medicamentos para tratar los trastornos por consumo de sustancias, derivación a la atención primaria y apoyos comunitarios, y planificación de la recuperación. Los miembros con otros trastornos mentales reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental. Las afiliadas embarazadas reciben coordinación con su atención obstétrica.	**	No
Tratamiento agudo comunitario (CBAT) para niños y adolescentes: servicios de salud mental intensivos prestados en un entorno seguro las 24 horas al día, con personal clínico suficiente para garantizar la seguridad de niños y adolescentes. El tratamiento puede incluir la verificación de medicamentos; evaluación psiquiátrica; enfermería; tratamientos individuales para mantener la seguridad del miembro (especialización); terapia individual, grupal y familiar; gestión de casos; evaluación y consulta familiares; planificación del alta, y pruebas psicológicas. Estos servicios pueden usarse como una alternativa a los servicios para pacientes hospitalizados o como una transición de estos.	**	No
Estabilización comunitaria de crisis (CCS): servicios prestados en lugar de servicios de hospitalización. Estos servicios proporcionan a los miembros observación y supervisión las 24 horas del día.	**	No
Unidad de Cuidados Transitorios (TCU): un programa de tratamiento comunitario con altos niveles de supervisión, estructura y apoyo dentro de un entorno no cerrado. Este servicio atiende a niños y adolescentes menores de 19 años que están bajo la custodia del Department of Children and Families (DCF) que necesitan atención en grupo o de acogida, pero que ya no requieren un nivel de atención agudo. Es un servicio integral que incluye un entorno terapéutico, psiquiatría, gestión de casos y tratamientos con diversos especialistas.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de Apoyo Transitorio (TSS) para Trastornos por Consumo de Sustancias: un programa residencial intensivo de gestión de casos y psicoeducativo, de 24 horas de duración y a corto plazo con enfermería, disponible para los miembros con trastornos por consumo de sustancias que han sido recientemente desintoxicados o estabilizados y que necesitan una estabilización transitoria adicional antes de ser ingresados en un programa residencial o comunitario. Los miembros con trastornos físicos, mentales y por consumo de sustancias simultáneos son elegibles para la coordinación de transporte y derivaciones a proveedores para garantizar el tratamiento de estas afecciones. Las miembros embarazadas tienen derecho a la coordinación de sus cuidados obstétricos.	*	No
Servicios de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias		
Servicios de rehabilitación residencial para adultos con trastornos por consumo de sustancias: servicios para trastornos por consumo de sustancias ofrecidos en un entorno residencial de 24 horas. Los servicios incluyen al menos cinco horas semanales de terapia individual o grupal, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia. Algunos programas residenciales atienden a embarazadas y puérperas, y proporcionan evaluación y gestión de las necesidades ginecológicas, obstétricas y otras necesidades prenatales, y ofrecen educación en habilidades parentales, educación para el desarrollo infantil, apoyo a los padres, planificación familiar, nutrición, así como oportunidades para grupos relacionales y de desarrollo entre padres e hijos. Las mujeres miembros reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de otras afecciones de salud mental.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de rehabilitación residencial mejorados y simultáneos para trastornos por consumo de sustancias: servicios prestados en un entorno estructurado, seguro y de 24 horas en la comunidad. Estos servicios ayudan al miembro a recuperarse de trastornos por consumo de sustancias y de enfermedades mentales moderadas o graves. Los servicios apoyan la reinserción en la comunidad y el retorno a las funciones sociales, laborales y educativas. Se prestan servicios de apoyo a la recuperación. Se ofrecen servicios clínicos, niveles adicionales de atención para pacientes externos y acceso a proveedores recetantes de medicamentos.	**	No
Servicios de rehabilitación residencial familiar para trastornos por consumo de sustancias: servicios ofrecidos en un entorno residencial de 24 horas para familias en las que uno de los padres sufre un trastorno por consumo de sustancias. Se prestan servicios de rehabilitación que apoyan a padres e hijos junto con apoyo continuo para desarrollar y mantener habilidades interpersonales y parentales, y apoyar la reunificación y estabilidad familiar. Los miembros reciben terapia, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia.	**	No
Servicios de rehabilitación residencial para jóvenes en edad de transición y jóvenes adultos por trastornos de consumo de sustancias: servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para jóvenes de 16 a 21 años o adultos jóvenes de 18 a 25 años que se están recuperando de problemas de alcohol u otras drogas. Los servicios incluyen terapia individual o grupal, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia. Los miembros también reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de rehabilitación residencial para jóvenes por trastornos de consumo de sustancias: servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para jóvenes de 13 a 17 años que se están recuperando de problemas de alcohol u otras drogas. Los servicios incluyen terapia individual o grupal, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia. Los miembros también reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas.	**	No
Servicios como paciente hospitalizado		
Servicios hospitalarios de 24 horas que proporcionan tratamiento de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, diagnósticos o ambos.		
Servicios de días necesarios administrativamente (AND): día(s) de servicios de hospitalización para miembros que están listos para el alta, pero no se dispone del entorno adecuado. Los servicios incluyen servicios clínicos continuados adecuados.	Sí	No
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados: servicios hospitalarios para evaluar y tratar afecciones psiquiátricas agudas. Los servicios pueden incluir: • servicios psiquiátricos especializados de hospitalización prestados a niños o adolescentes con trastornos del neurodesarrollo que presentan graves manifestaciones conductuales de trastornos del espectro autista (TEA)/discapacidad intelectual (DI) y afecciones concurrentes de salud mental; y • servicios psiquiátricos especializados de hospitalización prestados a miembros con un diagnóstico de trastorno alimentario y graves necesidades psiquiátricas y médicas asociadas en centros psiquiátricos especializados en trastornos alimentarios.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de hospitalización para trastornos por consumo de sustancias: servicios de hospitalización que proporcionan atención y tratamiento médico a los miembros con necesidades complejas de abstinencia, así como trastornos médicos y conductuales concurrentes.	**	No
Camas de observación/retención: servicios hospitalarios que se utilizan para evaluar, estabilizar e identificar recursos para los miembros durante un máximo de 24 horas.	**	No
Servicios de salud conductual para pacientes externos: servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias proporcionados en persona en un entorno de atención ambulatoria como un centro de salud mental o clínica para trastornos por consumo de sustancias, departamento de atención de pacientes externos en un hospital, centro comunitario de salud o consultorio del médico. Los servicios también pueden prestarse en el domicilio o la escuela del miembro. Algunos proveedores de estos servicios ofrecen horarios ampliados por la noche o durante los fines de semana a través de centros de atención de urgencia de salud conductual. Pueden ofrecer evaluaciones a nuevos clientes el mismo día o al día siguiente, citas para clientes existentes con una necesidad urgente de salud conductual el mismo día o al día siguiente, citas para medicamentos en las 72 horas siguientes a una evaluación inicial y citas de seguimiento en los 14 días naturales siguientes. Estos servicios también pueden prestarse en un centro comunitario de salud conductual (CBHC). Los CBHC ofrecen servicios ante crisis, urgentes y rutinarios para trastornos por consumo de sustancias y salud mental, coordinación de la atención, apoyo entre pares, detección y coordinación con la atención primaria. Los CBHC proporcionan acceso a servicios en el mismo día y al día siguiente, y un horario de servicio ampliado que incluye noches y fines de semana. Los CBHC deben prestar servicios a adultos y jóvenes, incluyendo bebés y niños pequeños, y a sus familias. Consulte también “servicios ante crisis”.		
Servicios para pacientes externos estándar: servicios para pacientes externos que se suelen prestar en un entorno ambulatorio.		
Tratamiento de acupuntura: inserción de agujas metálicas a través de la piel en determinados puntos del cuerpo como ayuda a los miembros que están abandonando el consumo o se están recuperando de la dependencia de sustancias.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Tratamiento ambulatorio de la abstinencia: servicios para pacientes externos miembros que sufren un episodio grave de consumo excesivo de sustancias o complicaciones derivadas de la abstinencia cuando ni la vida ni las funciones corporales importantes están amenazadas.	No	No
Análisis conductual aplicado para miembros menores de 21 años (servicios de ABA): un servicio para un miembro menor de 21 años con un diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA). Se utiliza para tratar conductas desafiantes que interfieren con la capacidad de un joven para funcionar con éxito. Este servicio incluye evaluaciones de la conducta, interpretación de las conductas, desarrollo de un plan de tratamiento, supervisión y coordinación de los tratamientos y formación de los padres para abordar objetivos específicos.	Sí	No
Evaluación para la Ubicación Segura y Apropiada (ASAP): una evaluación para ciertos jóvenes sexualmente abusivos o pirómanos que están bajo el cuidado y la custodia del Department of Children and Families (DCF), y que están por recibir el alta de una hospitalización o ciertos entornos de servicios alternativos a un entorno de atención en el hogar familiar. Los servicios se prestan a través de un proveedor de ASAP designado por el DCF.	Sí	No
Consulta de caso: reunión entre el proveedor tratante y otros clínicos de salud conductual o el médico de atención primaria del miembro, en relación con un miembro. La reunión sirve para identificar y planificar servicios adicionales, coordinar o revisar un plan de tratamiento y revisar los progresos del miembro.	No	No
Contacto colateral: comunicación entre un proveedor y las personas que participan en la atención o el tratamiento de un miembro menor de 21 años. Los proveedores pueden ser personal escolar y de guarderías, personal de agencias estatales y personal de agencias de servicios humanos.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Tratamiento de pareja/familia: terapia y asesoramiento para tratar a un miembro y a su pareja o familia en la misma sesión.	No	No
Evaluación diagnóstica: una evaluación del funcionamiento de un miembro, utilizada para diagnosticar y diseñar un plan de tratamiento.	No	No
Terapia dialéctica conductual (DBT): tratamiento para pacientes externos que incluye estrategias de psicoterapias conductuales, cognitivas y de apoyo para miembros con ciertos trastornos, incluyendo miembros con trastorno límite de la personalidad.	No	No
Servicios de Intervención Conductual Intensiva Temprana (EIBI): proporcionados a niños elegibles menores de tres años de edad que tienen un diagnóstico de trastorno del espectro autista.	No	No
Consulta familiar: reunión con familiares u otras personas importantes para el miembro y su tratamiento. La reunión sirve para identificar y planificar servicios adicionales, coordinar o revisar un plan de tratamiento y revisar los progresos del miembro.	No	No
Tratamiento grupal: terapia y asesoramiento para tratar a personas no emparentadas en un contexto grupal.	No	No
Tratamiento individual: terapia o asesoramiento para tratar a una persona de forma individual.	No	No
Consulta puente entre la hospitalización y el contexto ambulatorio: una consulta de una sola sesión dirigida por un proveedor externo mientras el miembro sigue en una unidad psiquiátrica de hospitalización. Esta consulta incluye al miembro y al proveedor de servicios para pacientes hospitalizados.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Consulta de medicamentos: consulta para evaluar si las recetas del miembro para medicamentos utilizados para las necesidades de salud conductual son adecuadas, así como cualquier necesidad de supervisión por parte de un psiquiatra o enfermero clínico especialista registrado para comprobar si dichos fármacos son útiles y los posibles efectos secundarios.	No	No
Servicios de tratamiento de opiáceos: evaluación y tratamiento supervisados de un miembro, en los que se utilizan medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, junto con una serie de servicios médicos y de rehabilitación para aliviar los efectos de la adicción a los opiáceos. Incluyen desintoxicación y tratamiento de mantenimiento.	No	No
Servicios preventivos de salud conductual: intervenciones a corto plazo en entornos de apoyo grupal, individual o familiar para inculcar habilidades y estrategias de afrontamiento de los síntomas de depresión, ansiedad y otras preocupaciones sociales o emocionales, que pueden prevenir el desarrollo de afecciones de salud conductual para miembros menores de 21 años que tengan un examen de salud conductual positivo (o, en el caso de un bebé, un cuidador con un examen de depresión posparto positivo), incluso si el miembro no cumple con los criterios para un diagnóstico de salud conductual.	No	No
Consulta psiquiátrica en una unidad médica de hospitalización: una reunión entre un psiquiatra o un especialista clínico en enfermería registrada de práctica avanzada y un miembro, a petición de la unidad médica. Se utiliza para evaluar el estado mental del miembro y consultar con el personal médico un plan de salud conductual, incluyendo si los medicamentos son adecuados.	No	No
Pruebas psicológicas: pruebas estandarizadas utilizadas para evaluar el funcionamiento cognitivo, emocional, neuropsicológico y verbal de un miembro.	Sí	No
Pruebas psicológicas de educación especial: pruebas utilizadas para desarrollar o determinar la necesidad de un Programa Educativo Individualizado (PEI) para niños.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios intensivos a domicilio y en la comunidad para jóvenes		
Servicios intensivos de salud conductual prestados a los miembros en un entorno comunitario.		
Apoyo y capacitación familiares: un servicio prestado a los padres o cuidadores de jóvenes menores de 21 años en el lugar donde viven. El propósito de este servicio es ayudar con las necesidades emocionales y conductuales del joven mediante la mejora de la capacidad del padre o cuidador para criar al joven. Los servicios pueden incluir educación, ayuda para identificar y explorar los recursos disponibles, fomento de la autonomía, vínculos con grupos de autoayuda y de apoyo a padres y compañeros, y capacitación para los padres o cuidadores. (Se requiere una derivación por terapia para pacientes externos, terapia a domicilio o coordinación de cuidados intensivos)	No	No
Servicios conductuales a domicilio: este servicio suele incluir una combinación de terapia de gestión de la conducta y supervisión de la gestión de la conducta, de la siguiente manera: • **Supervisión de la gestión de la conducta:** este servicio incluye la puesta en marcha del plan de conducta, la supervisión de la conducta del niño, el refuerzo del plan por parte de los padres u otros cuidadores, y la presentación de informes al terapeuta de gestión de la conducta sobre el progreso hacia los objetivos del plan de conducta. • **Terapia de gestión de la conducta:** este servicio incluye la evaluación, el desarrollo de un plan de conducta, y la supervisión y coordinación de las intervenciones para hacer frente a los objetivos específicos de conducta o desempeño. Este servicio aborda las conductas que interfieren en el buen funcionamiento del niño. El terapeuta elabora y supervisa los objetivos y las intervenciones, incluyendo una estrategia de respuesta a las crisis, que se detallan en el plan de tratamiento del niño. El terapeuta también puede proporcionar asesoramiento y asistencia a corto plazo.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de terapia a domicilio: este servicio para niños que a menudo se presta con un enfoque de equipo incluye una intervención clínica terapéutica y paraprofesional de formación y apoyo terapéuticos, como se indica a continuación: • **Intervención clínica terapéutica:** una relación terapéutica entre un clínico de nivel de maestría y el niño y la familia. El objetivo es tratar las necesidades de salud mental del niño mediante la mejora de la capacidad de la familia para apoyar el funcionamiento saludable del niño dentro de la familia. El clínico elabora un plan de tratamiento y trabaja con la familia para mejorar la resolución de problemas, el establecimiento de límites, la comunicación y el apoyo emocional u otras funciones. Muchas veces el clínico cualificado trabaja con un paraprofesional de formación y apoyo terapéuticos. • **Formación y apoyo terapéuticos:** un servicio proporcionado por paraprofesionales que trabajan bajo la dirección del clínico de nivel de maestría para apoyar la implementación del plan de tratamiento de un clínico licenciado para lograr los objetivos del plan de tratamiento. Esta persona cualificada trabaja con un clínico de nivel de maestría para apoyar un plan de tratamiento que aborde los desafíos emocionales y de salud mental del niño.	Sí	No
Coordinación de cuidados intensivos: servicio que proporciona gestión de casos específicos a los miembros menores de 21 años con trastornos emocionales graves (SED). Este servicio incluye la evaluación, el desarrollo de un plan de atención médica personalizado, la derivación y las actividades relacionadas para poner en marcha y supervisar el plan de atención médica.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de asesoría terapéutica: este servicio ofrece una relación estructurada e individualizada entre un asesor terapéutico y un niño o adolescente menor de 21 años. Su objetivo es abordar las necesidades de la vida diaria, sociales y de comunicación. Los objetivos se escriben en un plan de tratamiento que elaboran el niño o el adolescente y su equipo de tratamiento. El servicio incluye el apoyo, el acompañamiento y la formación del niño o adolescente en conductas adecuadas a su edad, comunicación, resolución de problemas, resolución de conflictos y relaciones saludables con los demás. El asesor terapéutico trabaja en entornos como el hogar, la escuela o la comunidad.	No	No
Servicios ante crisis: disponibles los siete días a la semana, las 24 horas al día, para proporcionar tratamiento a cualquier miembro que sufra una crisis de salud mental. Los CBHC pueden ofrecer servicios ante crisis.		
Intervención móvil en crisis para adultos (AMCI): proporciona evaluación, intervención, estabilización y seguimiento de crisis de salud conductual para adultos en la comunidad durante un máximo de tres días. Los servicios de AMCI se prestan en la comunidad y están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año, con ubicación conjunta en los CBHC. Los servicios se prestan como respuestas móviles al miembro (incluyendo en residencias privadas) y se prestan a través de telehealth a los miembros de 21 años o más a petición del miembro, o por indicación de la Línea de Ayuda de Salud Conductual cuando sea clínicamente apropiado. La AMCI gestiona programas de estabilización comunitaria de crisis para adultos con preferencia por la ubicación conjunta de los servicios.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de evaluación de crisis de salud mental en un entorno médico agudo: evaluaciones de crisis proporcionadas en entornos de hospitalización médica y quirúrgica y en el servicio del departamento de emergencias (ED) para los miembros que llegan al ED en una crisis de salud conductual. Los elementos de las evaluaciones de crisis incluyen lo siguiente: • Evaluación integral de crisis de salud conductual • Intervenciones en caso de crisis • Planificación del alta y coordinación de la asistencia • Elaboración de informes y colaboración con la comunidad	No	No
Servicios de gestión de crisis de salud conductual en entornos médicos agudos: servicios de gestión de crisis prestados a miembros en entornos de hospitalización médica y quirúrgica y en departamentos de emergencias. Los elementos de la gestión de crisis incluyen lo siguiente: • Intervenciones en caso de crisis • Planificación del alta y coordinación de la asistencia • Elaboración de informes y colaboración con la comunidad constantes	No	No
Intervención móvil ante crisis de jóvenes (YMCI): un servicio a corto plazo que es una respuesta terapéutica móvil, in situ y presencial para jóvenes menores de 21 años que experimentan una crisis de salud conductual y que incluye un seguimiento de hasta siete días. Los servicios de YMCI se prestan 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año, con ubicación conjunta en los CBHC. Los servicios se prestan como respuestas móviles al miembro (incluyendo en residencias privadas) y a través de telehealth cuando así lo solicita la familia y es clínicamente apropiado. La YMCI tendrá acceso a los servicios de estabilización comunitaria de crisis para jóvenes (YCCS). Las YMCI deben tener capacidad para aceptar a jóvenes que entren voluntariamente en el centro a través de una ambulancia o de las fuerzas del orden por una entrada adecuada.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Standard y CommonHealth	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Otros servicios de salud conductual		
Terapia electroconvulsiva (ECT): tratamiento que se utiliza para tratar la depresión que no ha respondido a los medicamentos ni a la psicoterapia. Este tratamiento inicia una convulsión con un impulso eléctrico mientras el miembro está anestesiado.	No	No
Estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS): tratamiento que se utiliza para tratar la depresión que no ha respondido a los medicamentos ni a la psicoterapia. En este tratamiento, se aplican al cerebro campos magnéticos que cambian rápidamente a través de un cable sujeto al cuero cabelludo.	Sí	No
Especialización: servicios de tratamiento prestados a un miembro en diversos entornos las 24 horas al día, de forma individualizada, para mantener la seguridad del miembro.	No	No
Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN): servicios suplementarios de nutrición		
Comidas con entrega a domicilio diseñadas con un enfoque médico: se trata de comidas preparadas para personas con necesidades de salud específicas. Las comidas se preparan para responder mejor a las necesidades de salud específicas de cada persona y se entregan a domicilio.	Sí	Sí
Recetas y vales de alimentos nutricionalmente adecuados: son tarjetas regalo para comprar alimentos saludables.	Sí	Sí
Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN): servicios suplementarios de vivienda		
Orientación sobre la vivienda: este servicio puede ayudar a una persona con problemas de vivienda a hablar con su propietario, a obtener ayuda legal o a encontrar un nuevo lugar donde vivir.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios excluidos

Salvo que se determine que son médicamente necesarios, los siguientes servicios o suministros no están cubiertos por MassHealth.

- Cirugía estética. Hay excepciones si MassHealth está de acuerdo en que este tipo de cirugía es necesaria a los siguientes fines:
    - tratar los daños tras una lesión o enfermedad;
    - realizar una reconstrucción mamaria tras una mastectomía;
    - realizar otros procedimientos que MassHealth determine que son médicamente necesarios.
- Tratamiento de la infertilidad. Se incluyen los procedimientos de fecundación in vitro (FIV) y de implantación de gametos en las trompas de Falopio (GIFT).
- Tratamiento experimental.
- Un servicio o suministro que su proveedor o MassHealth no brindan ni dirigen. Hay algunas excepciones:
    - Servicios de emergencia
    - Servicios de planificación familiar
- Servicios de laboratorio no cubiertos.
- Artículos para la comodidad personal, por ejemplo, aires acondicionados, radios, teléfonos y televisores.
- Servicios no cubiertos de otra manera por MassHealth, excepto cuando el contratista determine que son médicamente necesarios para miembros de MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth menores de 21 años de edad. Dichos servicios se consideran un Servicio cubierto en virtud del contrato según los requisitos del programa de Evaluación periódica y temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT).

Póngase en contacto con MassHealth

Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Lista de servicios cubiertos para los miembros de Tufts Health Together con cobertura MassHealth CarePlus

Descripción general

El siguiente cuadro es un resumen de los servicios y beneficios cubiertos para los miembros de MassHealth CarePlus inscritos en nuestro plan de salud. Coordinaremos todos los servicios cubiertos que se indican a continuación. Usted tiene la responsabilidad de llevar siempre con usted sus tarjetas de identificación del plan de salud y de MassHealth para mostrarlas a sus proveedores en todas las citas.

El cuadro también muestra si cada servicio requiere:

- una derivación (aprobación de su proveedor primario de cuidados médicos [PCP]);
- una autorización previa (permiso nuestro o de uno de nuestros proveedores); o
- tanto una derivación como una autorización previa para recibir el servicio.

Encontrará más información sobre las autorizaciones previas y derivaciones en su Manual del Miembro. Antes de que reciba algunos servicios, los proveedores pueden preguntarle sobre sus necesidades de cuidado de la salud para decidir si el servicio es apropiado y para registrarlo para el servicio con su plan de salud (si es necesario). Además, tenga en cuenta que, a partir del 1 de abril de 2024, no hay copagos para ningún servicio cubierto por MassHealth.

Puede llamar a nuestro Equipo de Servicios para Miembros para obtener más información sobre los servicios y beneficios o para hacer preguntas. Consulte el número de teléfono y el horario de atención de los servicios para miembros al final de cada página de este documento.

- Si tiene preguntas sobre los servicios médicos o de salud conductual, llame al (888) 257-1985 (TDD/TTY: 711).
- Para obtener más información sobre los servicios de farmacia, llame al (888) 257-1985 (TDD/TTY: 711) o consulte la Lista de medicamentos de MassHealth en www.mass.gov/druglist.
- Si tiene preguntas sobre los servicios dentales, llame al (800) 207-5019 (TDD/TTY: 711) o visite www.masshealth-dental.net.

Tenga en cuenta que los servicios y beneficios cubiertos por MassHealth cambian cada cierto tiempo y a causa de la COVID-19 puede haber flexibilidades. Esta lista de servicios cubiertos es solo para su información general y no debe ser lo único en lo que confíe para averiguar si tiene cobertura de MassHealth para el servicio que necesita. (Por ejemplo, puede haber límites en lo que se cubre de un servicio). La mejor manera de saber si el servicio que necesita está cubierto es llamar a nuestro Equipo de Servicios para Miembros. Consulte el número de teléfono y el horario de atención de los servicios para miembros al final de cada página de este documento.

Las normas de MassHealth controlan los servicios cubiertos y los beneficios disponibles para usted. Para consultar las normas de MassHealth, visite www.mass.gov/masshealth-and-eohhs-regulations.

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.
** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de emergencia		
Servicios de emergencia para pacientes hospitalizados y externos	No	No
Servicios médicos		
Servicios de aborto	No	No
Tratamiento de acupuntura: indicado como analgésico o anestésico.	No	Sí
Servicios para pacientes hospitalizados agudos: incluye todos los servicios como paciente hospitalizado en un hospital de agudos, como intervención médica diaria, cirugía, obstetricia, salud conductual, radiología, laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico y tratamiento. También se incluyen los días necesarios por cuestiones administrativas. Puede requerirse una preselección.	Sí	No
Servicios hospitalarios para pacientes externos agudos: servicios en el departamento de pacientes externos de un hospital o en una clínica satélite. Por lo general, los proporciona, dirige u ordena un médico. Los servicios incluyen atención especializada, servicios de observación, cirugía de día, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación.	Sí	Sí
Servicios de cirugía ambulatoria: servicios quirúrgicos, de diagnóstico y médicos que proporcionan diagnóstico o tratamiento mediante procedimientos operativos, incluyendo la cirugía oral, que requieren anestesia general, local o regional a pacientes que no requieren hospitalización ni servicios de estadía durante la noche al finalizar el procedimiento, pero que requieren supervisión médica constante durante un período limitado tras la conclusión del procedimiento.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de audiología (audición): los servicios incluyen, entre otros, pruebas relacionadas con la determinación de la pérdida auditiva, evaluación de prótesis auditivas, receta de dispositivos de asistencia auditiva y rehabilitación auditiva.	No	Sí
Servicios quiroprácticos: tratamiento quiropráctico manipulativo, visitas al consultorio y algunos servicios de radiología (por ejemplo, radiografías).	No	Sí
Servicios del hospital de rehabilitación de enfermedades crónicas (CDRH): servicios en un CDRH durante un máximo de 100 días. Si el miembro es elegible para otro tipo de cobertura de MassHealth (por ejemplo, MassHealth Standard o CommonHealth), esta cobertura podrá ampliarse más allá de los 100 días. (Nota: La admisión en un CDRH y en un centro de enfermería se tratará como una única admisión. En esos casos, se cubren 100 días de servicios combinados de CDRH y centro de enfermería).	Sí	No
Servicios de los centros de salud comunitarios: algunos ejemplos son los siguientes: • Visitas al consultorio de especialistas • Servicios de obstetricia y ginecología • Servicios médicos y sociales • Servicios de nutrición, incluyendo la capacitación para el automanejo de la diabetes, y tratamiento médico de nutrición • Vacunas/inmunizaciones • Información sobre la salud	No	Sí
Formación para el automanejo de la diabetes: servicios de formación y educación para el automanejo de la diabetes prestados a un miembro con prediabetes o diabetes de parte de un médico o determinados profesionales de cuidado de la salud cualificados y acreditados (por ejemplo, enfermeros titulados, asistentes médicos, enfermeros practicantes y nutricionistas licenciados).	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de diálisis: diálisis renal médicamente necesaria que incluye todos los servicios, suministros y análisis de laboratorio rutinarias; también incluye formación en diálisis domiciliaria.	No	No
Equipos médicos duraderos (DME): incluye, entre otras cuestiones, el alquiler o la compra de equipos médicos, algunas piezas de repuesto y reparaciones de dichos elementos. Los DME cubiertos son, entre otros, los siguientes: • productos absorbentes • bombas para los senos • nutrición enteral y parenteral • glucómetros y suministros para diabéticos • equipos de movilidad y sistemas de asiento • camas de hospital y accesorios	Sí	No
Servicios de planificación familiar	No	No
Servicios de prótesis auditivas	Sí	Sí
Servicios de salud a domicilio: servicios de atención especializada y de apoyo prestados en el domicilio del miembro para cubrir las necesidades de atención especializada y las actividades de la vida diaria asociadas para permitir al miembro permanecer en su domicilio de forma segura. Los servicios disponibles incluyen enfermería especializada, administración de medicación, asistencia de salud a domicilio y terapia ocupacional, física y del habla/lenguaje.	Sí	No
Servicios de atención paliativa: los miembros deben analizar sus opciones de servicios de atención paliativa con MassHealth o su plan de salud.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de infertilidad: diagnóstico de la infertilidad y tratamiento de la enfermedad subyacente.	Sí	Sí
Servicios del centro de aislamiento y recuperación: servicios que recibe un miembro en un centro de aislamiento y recuperación. Se trata de un lugar, como un hotel o un motel, que tiene un contrato con EOHHS para proporcionar alojamiento seguro y aislado a las personas con un diagnóstico de COVID-19.	*	No
Servicios de laboratorio: todos los servicios necesarios para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y para el mantenimiento de la salud.	Sí	No
Terapia médica de nutrición: servicios nutricionales, de diagnóstico, terapia y asesoramiento para el tratamiento de una afección médica prestados por un médico, un dietista titulado, un dietista/nutricionista titulado u otros profesionales del cuidado de la salud cualificados y acreditados (por ejemplo, enfermeros titulados, asistentes médicos y enfermeros practicantes).	No	Sí
Servicios en un centro de enfermería: servicios brindados en un centro de enfermería por un máximo de 100 días. Si el miembro es elegible para otro tipo de cobertura de MassHealth (por ejemplo, MassHealth Standard o CommonHealth), esta cobertura podrá ampliarse más allá de los 100 días. (Nota: La admisión en un centro de enfermería y en un hospital de rehabilitación de enfermedades crónicas [CDRH] se tratará como una única admisión. En esos casos, se cubren 100 días de servicios combinados de centro de enfermería y CDRH).	Sí	No
Servicios ortopédicos: aparatos ortopédicos no dentales y otros dispositivos mecánicos o moldeados para apoyar o corregir defectos de forma o función del cuerpo humano.	Sí	Sí
Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de podología: servicios para el cuidado de los pies.	No	Sí
Atención primaria (prestada por el PCC o PCP del miembro): algunos ejemplos son: • Visitas al consultorio para recibir atención primaria • Exámenes ginecológicos anuales • Cuidado prenatal • Capacitación para el automanejo de la diabetes • Servicios para dejar de fumar • Barniz de flúor para prevenir la caries dental en menores de 21 años	No	No
Servicios protésicos: dispositivos no dentales destinados a sustituir una parte externa inferior o superior del cuerpo perdida por amputación o deformidades congénitas, y destinados a servir de reemplazo de una extremidad o de una articulación total.	Sí	Sí
Servicios de radiología y diagnóstico: Por ejemplo: • Radiografías • Resonancia magnética (RM) y otros estudios de imagen • Servicios de oncología radioterápica realizados en centros de oncología radioterápica (ROC) independientes de un hospital de agudos para pacientes externos o de un servicio médico	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Monitorización remota de pacientes (RPM): monitorización a domicilio de miembros para el control de enfermedades crónicas y servicios de consulta electrónica. • RPM: a partir del 1 de agosto de 2024, según especifique la EOHHS, determinados servicios, prestados por un médico, un centro de salud comunitario o un hospital, a fin de facilitar el seguimiento cercano y a domicilio de las inscritas embarazadas, puérperas, con insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otras afecciones especificadas por la EOHHS. • RPM para COVID-19: conjunto de servicios para facilitar el seguimiento domiciliario de miembros con COVID-19 confirmada o presunta que no requieren atención a nivel de departamento de emergencias u hospitalario, pero que requieren un seguimiento de cerca continuado. El conjunto de RPM para COVID-19 incluye todos los servicios clínicos médicamente necesarios para facilitar siete días de seguimiento a domicilio cercano de los miembros con COVID-19 confirmada o presunta.	No	No
Especialistas: algunos ejemplos son los siguientes. • Visitas al consultorio para recibir atención de especialidad • Ginecología y obstetricia (no se necesita una derivación para la atención prenatal y el examen ginecológico anual) • Terapia médica de nutrición	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de terapia: los servicios de terapia incluyen la evaluación diagnóstica y la intervención terapéutica destinadas a mejorar, desarrollar, corregir, rehabilitar o prevenir el empeoramiento de las capacidades funcionales o enfermedades, lesiones o trastornos congénitos. Por ejemplo: • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla o lenguaje	Sí	Sí
Servicios para dejar de fumar: asesoramiento individual y en grupo presencial para dejar de fumar, que incluyendo la terapia de reemplazo de nicotina (NRT).	No	No
Servicios en clínicas de atención de urgencia	No	No
Servicios de asesoramiento sobre vacunas	No	No
Pelucas: recetadas por un médico y relacionadas con una afección médica.	No	No
Servicios dentales		
Dentaduras postizas para adultos: dentaduras postizas completas y parciales, así como ajustes y reparaciones de dichas dentaduras, para miembros de 21 años o más.	*	No
Servicios de diagnóstico, prevención, restauración y odontología compleja: se utilizan para la prevención, el control y el tratamiento de enfermedades dentales y el mantenimiento de la salud bucodental de niños y adultos.	*	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Atención dental de emergencia	No	No
Cirugía oral: para tratar una afección médica, realizada en cualquier lugar de servicio, incluyendo sin limitación un centro para pacientes externos, como un hospital de cirugía ambulatoria o una clínica o consultorio.	Sí	Sí
Servicios de doulas		
Servicios de doula: apoyo emocional, informativo y físico no médico a las miembros embarazadas, parturientas y puérperas.	*	No
Servicios de transporte		
Servicios de transporte: De emergencia. Transporte en ambulancia (aérea y terrestre) que generalmente no está programado pero que se necesita con carácter de emergencia. Entre ellos se incluye el transporte de atención especializada (es decir, el transporte en ambulancia de un miembro herido o enfermo grave de un centro a otro, que requiere una atención que va más allá del ámbito de actuación de un paramédico).	No	No
Servicios de transporte: No de emergencia. Transporte en ambulancia terrestre, silla de seguridad, taxi y transporte común para trasladar a un miembro a un servicio cubierto y desde este.	*	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de la vista		
Atención de la vista: Médico, que incluye: • Exámenes oftalmológicos completos una vez al año para los miembros menores de 21 años y una vez cada 24 meses para los miembros mayores de 21 años, y siempre que sea médicamente necesario • Educación sobre la vista • Prótesis oculares; lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarias, como tratamiento médico para una afección médica como el queratocono • Lentes terapéuticas	Sí	Sí
Atención de la vista: No médica, que incluye: Receta y dispensación de material oftálmico, incluyendo anteojos y otras ayudas visuales, excluidos los lentes de contacto	*	*
Servicios de farmacia		
Los artículos de esta sección están cubiertos según figuran en la Lista de medicamentos de MassHealth. Los proveedores de farmacia pueden entregar medicamentos en domicilios particulares, incluyendo los albergues para personas sin hogar.		
Medicamentos magistrales	Sí	No
Productos de farmacia que no sean medicamentos	Sí	No
Medicamentos de venta libre	Sí	No
Medicamentos recetados	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de salud conductual		
Servicios alternativos: servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que se prestan como alternativas clínicamente apropiadas a los servicios como paciente hospitalizado de salud conductual para apoyar a un miembro que regresa a la comunidad después de una hospitalización aguda de 24 horas, y para proporcionar apoyo intensivo para mantener su funcionamiento en la comunidad. Existen dos categorías de servicios alternativos: los que se prestan en un centro 24 horas y los que se prestan en un entorno o centro que no cubre 24 horas.		
Servicios alternativos que no cubren las 24 horas		
Programa de Apoyo Comunitario (CSP) y CSP especializados: servicios de salud conductual prestados a los miembros a través de personal paraprofesional móvil y basado en la comunidad. **Programa de Apoyo Comunitario para Personas sin Hogar (CSP-HI):** un servicio especializado del CSP para atender las necesidades sociales relacionadas con la salud de los miembros que • se encuentran sin hogar y son usuarios frecuentes de los servicios médicos agudos de MassHealth; o bien • son personas sin hogar crónicas, según la definición del Department of Housing and Urban Development de Estados Unidos. **Programa de Apoyo Comunitario para Personas con Problemas Judiciales (CSP-JI):** un servicio especializado del CSP para abordar las necesidades sociales relacionadas con la salud de los miembros con implicación judicial que tienen una barrera para acceder a los servicios médicos y de salud conductual o utilizarlos de manera coherente. **Programa de Apoyo Comunitario: Programa de Preservación del Arrendamiento (CSP-TPP):** servicio especializado del CSP para atender las necesidades sociales relacionadas con la salud de los miembros que corren el riesgo de quedarse sin hogar y de ser desahuciados como consecuencia de una conducta relacionada con una discapacidad. CSP-TPP trabaja con el miembro, el Tribunal de la Vivienda y el arrendatario del miembro para preservar los contratos de arrendamiento poniendo al miembro en contacto con los servicios comunitarios con el fin de abordar los problemas subyacentes que causan el incumplimiento del contrato de arrendamiento.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Programa Intensivo para Pacientes Externos (IOP): un servicio clínicamente intensivo que sigue al alta de una hospitalización y ayuda a los miembros a evitar la readmisión en un servicio de hospitalización y los ayuda a volver a la comunidad. El servicio ofrece un tratamiento coordinado a través de diversos especialistas.	No	No
Hospitalización parcial (PHP): estos servicios ofrecen una programación de salud mental diurna a corto plazo disponible los siete días a la semana, como alternativa a los servicios de hospitalización. Estos servicios incluyen el tratamiento psiquiátrico diario.	**	No
Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT): un enfoque de equipo de tratamiento para proporcionar tratamiento de salud mental agudo, activo y a largo plazo basado en la comunidad, además de alcance, rehabilitación y apoyo. Este servicio ayuda a los miembros a maximizar su recuperación, fijar objetivos y participar en la comunidad. Los servicios se prestan en la comunidad y están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año, según sea necesario.	No	No
Tratamiento psiquiátrico de día: servicios de salud mental para miembros que no necesitan hospitalización, pero que necesitan más tratamiento que una visita semanal. El tratamiento psiquiátrico de día incluye servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	No	No
Acompañamiento de recuperación: un servicio no clínico proporcionado por otras personas que han vivido el trastorno por consumo de sustancias y que han sido certificados como acompañantes de recuperación. Los miembros se ponen en contacto con acompañantes de recuperación que los ayudan a iniciar el tratamiento. Los acompañantes de recuperación también sirven de guía para ayudar a los miembros a mantener la recuperación y permanecer en la comunidad.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Orientadores de apoyo a la recuperación (RSN): servicios especializados de coordinación de la atención a los miembros que padecen trastornos por consumo de sustancias. Este servicio ayuda a los miembros a acceder al tratamiento y recibirlo, incluyendo la gestión de la abstinencia y los servicios de desintoxicación, y a mantenerse motivados para el tratamiento y la recuperación.	**	No
Programa estructurado para el tratamiento ambulatorio de adicciones (SOAP): servicios para trastornos por consumo de sustancias que son clínicamente intensivos y se ofrecen en un entorno estructurado durante el día o la noche. Estos programas pueden utilizarse para ayudar a un miembro en la transición desde un programa de tratamiento hospitalario de trastornos por consumo de sustancias. También pueden utilizarlo los miembros que necesiten servicios ambulatorios más estructurados para un trastorno por consumo de sustancias. Los programas pueden incluir servicios especializados para embarazadas, adolescentes y adultos que necesiten vigilancia las 24 horas del día.	No	No
Servicios alternativos de 24 horas		
Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que se utilizan en lugar de servicios de hospitalización. Estos servicios ayudan al miembro a reincorporarse en la comunidad tras una hospitalización o a mantener su funcionamiento en la comunidad.		
Servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastornos por consumo de sustancias: servicios utilizados para tratar trastornos por consumo de sustancias las 24 horas al día, siete días a la semana. Los servicios pueden incluir evaluación, uso de medicamentos aprobados para tratar las adicciones, asesoramiento individual y grupal, grupos educativos y planificación del alta. Las miembros embarazadas reciben servicios especializados. Los miembros reciben servicios adicionales para tratar otros trastornos mentales.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Clinical Support Services para trastornos por consumo de sustancias: servicios de tratamiento de 24 horas que pueden utilizarse por sí solos o después de los servicios de tratamiento agudo para trastornos por consumo de sustancias. Los servicios incluyen educación y asesoramiento, ayuda a las familias y parejas, medicamentos para tratar los trastornos por consumo de sustancias, derivación a la atención primaria y apoyos comunitarios, y planificación de la recuperación. Los miembros con otros trastornos mentales reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental. Las afiliadas embarazadas reciben coordinación con su atención obstétrica.	**	No
Estabilización comunitaria de crisis (CCS): servicios prestados en lugar de servicios de hospitalización. Estos servicios proporcionan a los miembros observación y supervisión las 24 horas del día.	**	No
Servicios de apoyo transitorio (TSS) para trastornos por consumo de sustancias: un programa residencial intensivo de gestión de casos y psicoeducativo, de 24 horas de duración y a corto plazo con enfermería, disponible para los miembros con trastornos por consumo de sustancias que han sido recientemente desintoxicados o estabilizados y que necesitan una estabilización transitoria adicional antes de ser ingresados en un programa residencial o comunitario. Los miembros con trastornos simultáneos por consumo de sustancias o de salud física y salud mental pueden recibir coordinación de transporte y derivaciones a proveedores para garantizar el tratamiento de estas afecciones. Las miembros embarazadas tienen derecho a la coordinación de sus cuidados obstétricos.	*	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias		
Servicios de rehabilitación residencial para adultos con trastornos por consumo de sustancias: servicios para trastornos por consumo de sustancias ofrecidos en un entorno residencial de 24 horas. Los servicios incluyen al menos cinco horas semanales de terapia individual o grupal, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia. Algunos programas residenciales atienden a embarazadas y puérperas, y proporcionan evaluación y gestión de las necesidades ginecológicas, obstétricas y otras necesidades prenatales, y ofrecen educación en habilidades parentales, educación para el desarrollo infantil, apoyo a los padres, planificación familiar, nutrición, así como oportunidades para grupos relacionales y de desarrollo entre padres e hijos. Las mujeres miembros reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de otras afecciones de salud mental.	**	No
Servicios de rehabilitación residenciales mejorados y simultáneos para trastornos por consumo de sustancias: servicios prestados en un entorno estructurado, seguro y de 24 horas en la comunidad. Estos servicios ayudan al miembro a recuperarse de trastornos por consumo de sustancias y de enfermedades mentales moderadas o graves. Los servicios apoyan la reinserción en la comunidad y el retorno a las funciones sociales, laborales y educativas. Se prestan servicios de apoyo a la recuperación. Se ofrecen servicios clínicos, niveles adicionales de atención para pacientes externos y acceso a proveedores recetantes de medicamentos.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de rehabilitación residencial familiar para trastornos por consumo de sustancias: servicios ofrecidos en un entorno residencial de 24 horas para familias en las que uno de los padres sufre un trastorno por consumo de sustancias. Se prestan servicios de rehabilitación que apoyan a padres e hijos junto con apoyo continuo para desarrollar y mantener habilidades interpersonales y parentales, y apoyar la reunificación y estabilidad familiar. Los miembros reciben terapia, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia.	**	No
Servicios de rehabilitación residencial para jóvenes en edad de transición y jóvenes adultos por trastornos de consumo de sustancias: servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para jóvenes de 16 a 21 años o adultos jóvenes de 18 a 25 años que se están recuperando de problemas de alcohol u otras drogas. Los servicios incluyen terapia individual o grupal, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia. Los miembros también reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas.	*	No
Servicios como paciente hospitalizado		
Servicios hospitalarios de 24 horas que proporcionan tratamiento de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, diagnósticos o ambos.		
Servicios de días necesarios administrativamente (AND): día(s) de servicios de hospitalización para miembros que están listos para el alta, pero no se dispone del entorno adecuado. Los servicios incluyen servicios clínicos continuados adecuados.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados: servicios hospitalarios para evaluar y tratar afecciones psiquiátricas agudas. Los servicios pueden incluir: • servicios psiquiátricos especializados de hospitalización prestados a niños o adolescentes con trastornos del neurodesarrollo que presentan graves manifestaciones conductuales de trastornos del espectro autista (TEA)/discapacidad intelectual (DI) y afecciones concurrentes de salud mental; y • servicios psiquiátricos especializados de hospitalización prestados a miembros con un diagnóstico de trastorno alimentario y graves necesidades psiquiátricas y médicas asociadas en centros psiquiátricos especializados en trastornos alimentarios.	**	No
Servicios de hospitalización para trastornos por consumo de sustancias: servicios de hospitalización que proporcionan atención y tratamiento médico a los miembros con necesidades complejas de abstinencia, así como trastornos médicos y conductuales concurrentes.	**	No
Camas de observación/retención: servicios hospitalarios que se utilizan para evaluar, estabilizar e identificar recursos para los miembros durante un máximo de 24 horas.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de salud conductual para pacientes externos: servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias proporcionados en persona en un entorno de atención ambulatoria como un centro de salud mental o clínica para trastornos por consumo de sustancias, departamento de atención de pacientes externos en un hospital, centro comunitario de salud o consultorio del médico. Los servicios también pueden prestarse en el domicilio o la escuela del miembro. Algunos proveedores de estos servicios ofrecen horarios ampliados por la noche o durante los fines de semana a través de centros de atención de urgencia de salud conductual. Pueden ofrecer evaluaciones a nuevos clientes el mismo día o al día siguiente, citas para clientes existentes con una necesidad urgente de salud conductual el mismo día o al día siguiente, citas para medicamentos en las 72 horas siguientes a una evaluación inicial y citas de seguimiento en los 14 días naturales siguientes. Estos servicios también pueden prestarse en un centro comunitario de salud conductual (CBHC). Los CBHC ofrecen servicios ante crisis, urgentes y rutinarios para trastornos por consumo de sustancias y salud mental, coordinación de la atención, apoyo entre pares, detección y coordinación con la atención primaria. Los CBHC proporcionan acceso a servicios en el mismo día y al día siguiente, y un horario de servicio ampliado que incluye noches y fines de semana. Los CBHC deben prestar servicios a adultos y jóvenes, incluyendo bebés y niños pequeños, y a sus familias. Consulte también “servicios ante crisis”.		
Servicios para pacientes externos estándar: servicios para pacientes externos que se suelen prestar en un entorno ambulatorio.		
Tratamiento de acupuntura: inserción de agujas metálicas a través de la piel en determinados puntos del cuerpo como ayuda a los miembros que están abandonando el consumo o se están recuperando de la dependencia de sustancias.	No	No
Tratamiento ambulatorio de la abstinencia: servicios para pacientes externos miembros que sufren un episodio grave de consumo excesivo de sustancias o complicaciones derivadas de la abstinencia cuando ni la vida ni las funciones corporales importantes están amenazadas.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Consulta de caso: reunión entre el proveedor tratante y otros clínicos de salud conductual o el médico de atención primaria del miembro, en relación con un miembro. La reunión sirve para identificar y planificar servicios adicionales, coordinar o revisar un plan de tratamiento y revisar los progresos del miembro.	No	No
Tratamiento de pareja/familia: terapia y asesoramiento para tratar a un miembro y a su pareja o familia en la misma sesión.	No	No
Evaluación diagnóstica: una evaluación del funcionamiento de un miembro, utilizada para diagnosticar y diseñar un plan de tratamiento.	No	No
Terapia dialéctica conductual (DBT): tratamiento para pacientes externos que incluye estrategias de psicoterapias conductuales, cognitivas y de apoyo para miembros con ciertos trastornos, incluyendo miembros con trastorno límite de la personalidad.	No	No
Consulta familiar: reunión con familiares u otras personas importantes para el miembro y su tratamiento. La reunión sirve para identificar y planificar servicios adicionales, coordinar o revisar un plan de tratamiento y revisar los progresos de la persona.	No	No
Tratamiento grupal: terapia y asesoramiento para tratar a personas no emparentadas en un contexto grupal.	No	No
Tratamiento individual: terapia o asesoramiento para tratar a una persona de forma individual.	No	No
Consulta puente entre la hospitalización y el contexto ambulatorio: una consulta de una sola sesión dirigida por un proveedor externo mientras el miembro sigue en una unidad psiquiátrica de hospitalización. Esta consulta incluye al miembro y al proveedor de servicios para pacientes hospitalizados.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Consulta de medicamentos: consulta para evaluar si las recetas del miembro para medicamentos utilizados para las necesidades de salud conductual son adecuadas, así como cualquier necesidad de supervisión por parte de un psiquiatra o enfermero clínico especialista registrado para comprobar si dichos fármacos son útiles y los posibles efectos secundarios.	No	No
Servicios de tratamiento de opiáceos: evaluación y tratamiento supervisados de un miembro, en los que se utilizan medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, junto con una serie de servicios médicos y de rehabilitación para aliviar los efectos de la adicción a los opiáceos. Incluyen desintoxicación y tratamiento de mantenimiento.	No	No
Consulta psiquiátrica en una unidad médica de hospitalización: reunión entre un psiquiatra o un especialista clínico en enfermería registrado de práctica avanzada y un miembro, a petición de la unidad médica. Se utiliza para evaluar el estado mental del miembro y consultar con el personal médico un plan de salud conductual, incluyendo si los medicamentos son adecuados.	No	No
Pruebas psicológicas: pruebas estandarizadas utilizadas para evaluar el funcionamiento cognitivo, emocional, neuropsicológico y verbal de un miembro.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios ante crisis: disponibles los siete días a la semana, las 24 horas al día, para proporcionar tratamiento a cualquier miembro que sufra una crisis de salud mental. Los CBHC pueden ofrecer servicios ante crisis.		
Intervención móvil en crisis para adultos (AMCI): proporciona evaluación, intervención, estabilización y seguimiento de crisis de salud conductual para adultos en la comunidad durante un máximo de tres días. Los servicios de AMCI se prestan en la comunidad y están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año, con ubicación conjunta en los CBHC. Los servicios se prestan como respuestas móviles al miembro (incluyendo en residencias privadas) y se prestan a través de telehealth a los miembros de 21 años o más a petición del miembro, o por indicación de la Línea de Ayuda de Salud Conductual cuando sea clínicamente apropiado. La AMCI gestiona programas de estabilización comunitaria de crisis para adultos con preferencia por la ubicación conjunta de los servicios.	No	No
Servicios de evaluación de crisis de salud mental en un entorno médico agudo: evaluaciones de crisis proporcionadas en entornos de hospitalización médica y quirúrgica, y en el servicio del departamento de emergencias (ED). Los elementos de las evaluaciones de crisis incluyen lo siguiente: • Evaluación integral de crisis de salud conductual • Intervenciones en caso de crisis • Planificación del alta y coordinación de la asistencia • Elaboración de informes y colaboración con la comunidad	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de gestión de crisis de salud conductual en entornos médicos agudos: servicios de gestión de crisis prestados a miembros en entornos de hospitalización médica y quirúrgica y en departamentos de emergencias. Los elementos de la gestión de crisis incluyen lo siguiente: • Intervenciones en caso de crisis • Planificación del alta y coordinación de la asistencia • Elaboración de informes y colaboración con la comunidad constantes	No	No
Otros servicios de salud conductual		
Terapia electroconvulsiva (ECT): tratamiento que se utiliza para tratar la depresión que no ha respondido a los medicamentos ni a la psicoterapia. Este tratamiento inicia una convulsión con un impulso eléctrico mientras el miembro está anestesiado.	No	No
Estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS): tratamiento que se utiliza para tratar la depresión que no ha respondido a los medicamentos ni a la psicoterapia. En este tratamiento, se aplican al cerebro campos magnéticos que cambian rápidamente a través de un cable sujeto al cuero cabelludo.	Sí	No
Especialización: servicios de tratamiento prestados a un miembro en diversos entornos las 24 horas al día, de forma individualizada, para mantener la seguridad del miembro.	No	No
Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN): servicios suplementarios de nutrición		
Comidas con entrega a domicilio diseñadas con un enfoque médico: se trata de comidas preparadas para personas con necesidades de salud específicas. Las comidas se preparan para responder mejor a las necesidades de salud específicas de cada persona y se entregan a domicilio.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth CarePlus	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Recetas y vales de alimentos nutricionalmente adecuados: son tarjetas regalo para comprar alimentos saludables.	Sí	Sí
Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN): servicios suplementarios de vivienda		
Orientación sobre la vivienda: este servicio puede ayudar a una persona con problemas de vivienda a hablar con su propietario, a obtener ayuda legal o a encontrar un nuevo lugar donde vivir.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios excluidos

Salvo que se determine que son médicamente necesarios, los siguientes servicios o suministros no están cubiertos por MassHealth.

- Cirugía estética. Hay excepciones si MassHealth está de acuerdo en que este tipo de cirugía es necesaria a los siguientes fines:
  - tratar los daños tras una lesión o enfermedad;
  - realizar una reconstrucción mamaria tras una mastectomía;
  - realizar otros procedimientos que MassHealth determine que son médicamente necesarios.
- Tratamiento de la infertilidad. Se incluyen los procedimientos de fecundación in vitro (FIV) y de implantación de gametos en las trompas de Falopio (GIFT).
- Tratamiento experimental.
- Un servicio o suministro que su proveedor o MassHealth no brindan ni dirigen. Hay algunas excepciones.
  - Servicios de emergencia
  - Servicios de planificación familiar
- Servicios de laboratorio no cubiertos.
- Artículos para la comodidad personal, por ejemplo, aires acondicionados, radios, teléfonos y televisores.
- Servicios no cubiertos de otra manera por MassHealth, excepto cuando el contratista determine que son médicamente necesarios para miembros de MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth menores de 21 años de edad. Dichos servicios constituyen un Servicio cubierto en virtud del contrato según los requisitos del programa de Evaluación periódica y temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT).

Póngase en contacto con MassHealth

Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Lista de servicios cubiertos para los miembros de Tufts Health Together con cobertura MassHealth Family Assistance.

Descripción general

El siguiente cuadro es un resumen de los servicios y beneficios cubiertos para los miembros de MassHealth Family Assistance inscritos en nuestro plan de salud. Coordinaremos todos los servicios cubiertos que se indican a continuación. Usted tiene la responsabilidad de llevar siempre con usted sus tarjetas de identificación del plan de salud y de MassHealth para mostrarlas a sus proveedores en todas las citas.

El cuadro también muestra si cada servicio requiere:

- una derivación (aprobación de su proveedor primario de cuidados médicos [PCP]);
- una autorización previa (permiso nuestro o de uno de nuestros proveedores); o
- tanto una derivación como una autorización previa para recibir el servicio.

Encontrará más información sobre las autorizaciones previas y derivaciones en su Manual del Miembro. Antes de que reciba algunos servicios, los proveedores pueden preguntarle sobre sus necesidades de cuidado de la salud para decidir si el servicio es apropiado y para registrarlo para el servicio con su plan de salud (si es necesario). Además, tenga en cuenta que, a partir del 1 de abril de 2024, no hay copagos para ningún servicio cubierto por MassHealth.

Puede llamar a nuestro Equipo de Servicios para Miembros para obtener más información sobre los servicios y beneficios o para hacer preguntas. Consulte el número de teléfono y el horario de atención de los servicios para miembros al final de cada página de este documento.

- Si tiene preguntas sobre los servicios médicos o de salud conductual, llame al (888) 257-1985, TTD/TTY: 711.
- Para obtener más información sobre los servicios de farmacia, llame al (888) 257-1985, TTD/TTY: 711 o consulte la Lista de medicamentos de MassHealth en www.mass.gov/druglist.
- Si tiene preguntas sobre los servicios dentales, llame al (800) 207-5019, TDD/TTY: 711 o visite www.masshealth-dental.net.

Tenga en cuenta que los servicios y beneficios que cubre MassHealth cambian cada cierto tiempo y a causa de la COVID-19 puede haber flexibilidades. Esta lista de servicios cubiertos es solo para su información general y no debe ser lo único en lo que confíe para averiguar si tiene cobertura de MassHealth para el servicio que necesita. (Por ejemplo, puede haber límites en lo que se cubre de un servicio). La mejor manera de saber si el servicio que necesita está cubierto es llamar a nuestro Equipo de Servicios para Miembros. Consulte el número de teléfono y el horario de atención de los servicios para miembros al final de cada página de este documento.

Las normas de MassHealth controlan los servicios cubiertos y los beneficios disponibles para usted. Para consultar las normas de MassHealth, visite www.mass.gov/masshealth-and-eohhs-regulations.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de emergencia		
Servicios de emergencia para pacientes hospitalizados y externos	No	No
Servicios médicos		
Servicios de aborto	No	No
Tratamiento de acupuntura: indicado como analgésico o anestésico.	No	Sí
Servicios para pacientes hospitalizados agudos: incluye todos los servicios como paciente hospitalizado en un hospital de agudos, como intervención médica diaria, cirugía, obstetricia, salud conductual, radiología, laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico y tratamiento. También se incluyen los días necesarios por cuestiones administrativas. Puede requerirse una preselección.	Sí	No
Servicios hospitalarios para pacientes externos agudos: servicios en el departamento de pacientes externos de un hospital o en una clínica satélite. Por lo general, los proporciona, dirige u ordena un médico. Los servicios incluyen atención especializada, servicios de observación, cirugía de día, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación.	Sí	Sí
Servicios de cirugía ambulatoria: servicios quirúrgicos, de diagnóstico y médicos que proporcionan diagnóstico o tratamiento mediante procedimientos operativos, incluyendo la cirugía oral, que requieren anestesia general, local o regional a pacientes que no requieren hospitalización ni servicios de estadía durante la noche al finalizar el procedimiento, pero que requieren supervisión médica constante durante un período limitado tras la conclusión del procedimiento.	Sí	Sí
Servicios de audiología (audición): los servicios incluyen, entre otros, pruebas relacionadas con la determinación de la pérdida auditiva, evaluación de prótesis auditivas, receta de dispositivos de asistencia auditiva y rehabilitación auditiva.	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios quiroprácticos: tratamiento quiropráctico manipulativo, visitas al consultorio y algunos servicios de radiología (por ejemplo, radiografías).	No	Sí
Servicios del hospital de rehabilitación de enfermedades crónicas (CDRH): servicios en un CDRH durante un máximo de 100 días por admisión. Después de 100 días, el miembro será transferido de su plan a MassHealth de pago por servicio para seguir recibiendo los servicios del CDRH. Nota: Los miembros que también reciban servicios de un centro de enfermería serán transferidos después de 100 días de servicios combinados de CDRH y centro de enfermería. La cobertura está limitada a seis meses, según la política de MassHealth.	Sí	No
Servicios de los centros de salud comunitarios: algunos ejemplos son los siguientes: • Visitas al consultorio de especialistas • Servicios de obstetricia y ginecología • Servicios médicos y sociales • Servicios de nutrición, incluyendo la capacitación para el automanejo de la diabetes, y tratamiento médico de nutrición • Vacunas/inmunizaciones • Información sobre la salud	No	Sí
Formación para el automanejo de la diabetes: servicios de formación y educación para el automanejo de la diabetes prestados a un miembro con prediabetes o diabetes de parte de un médico o determinados profesionales de cuidado de la salud cualificados y acreditados (por ejemplo, enfermeros titulados, asistentes médicos, enfermeros practicantes y nutricionistas licenciados).	No	Sí
Servicios de diálisis: diálisis renal médicamente necesaria que incluye todos los servicios, suministros y análisis de laboratorio rutinarias; también incluye formación en diálisis domiciliaria.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Equipos médicos duraderos (DME): incluye, entre otras cuestiones, el alquiler o la compra de equipos médicos, algunas piezas de repuesto y reparaciones de dichos elementos. Los DME cubiertos son, entre otros, los siguientes: • productos absorbentes • bombas para los senos • nutrición enteral y parenteral • glucómetros y suministros para diabéticos • equipos de movilidad y sistemas de asiento • camas de hospital y accesorios • dispositivos aumentativos y alternativos de comunicación, incluyendo los dispositivos generadores de habla (SGD) (consulte también Tabletas para uso como SGD más adelante)	Sí	No
Servicios de intervención temprana	No	Sí
Servicios de planificación familiar	No	No
Barniz de flúor: barniz de flúor aplicado en los dientes por pediatras y otros profesionales de cuidado de la salud cualificados (asistentes médicos, enfermeros practicantes, enfermeros titulados y enfermeros prácticos autorizados) a miembros menores de 21 años durante una visita de atención preventiva pediátrica.	No	No
Servicios de prótesis auditivas	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de salud a domicilio: servicios de atención especializada y de apoyo prestados en el domicilio del miembro para cubrir las necesidades de atención especializada y las actividades de la vida diaria asociadas para permitir al miembro permanecer en su domicilio de forma segura. Los servicios disponibles incluyen enfermería especializada, administración de medicación, asistencia de salud a domicilio y terapia ocupacional, física y del habla/lenguaje.	Sí	No
Servicios de atención paliativa: los miembros deben analizar sus opciones de servicios de atención paliativa con MassHealth o su plan de salud.	Sí	No
Servicios de infertilidad: diagnóstico de la infertilidad y tratamiento de la enfermedad subyacente.	Sí	Sí
Servicios del centro de aislamiento y recuperación: servicios que recibe un miembro en un centro de aislamiento y recuperación. Se trata de un lugar, como un hotel o un motel, que tiene un contrato con EOHHS para proporcionar alojamiento seguro y aislado a las personas con un diagnóstico de COVID-19.	*	No
Servicios de laboratorio: todos los servicios necesarios para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y para el mantenimiento de la salud.	Sí	No
Terapia médica de nutrición: servicios nutricionales, de diagnóstico, terapia y asesoramiento para el tratamiento de una afección médica prestados por un médico, un dietista titulado, un dietista/nutricionista titulado u otros profesionales del cuidado de la salud cualificados y acreditados (por ejemplo, enfermeros titulados, asistentes médicos y enfermeros practicantes).	No	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios en un centro de enfermería: servicios brindados en un centro de enfermería durante un máximo de 100 días por admisión. Después de 100 días, los miembros pueden ser transferidos de su plan a MassHealth de pago por servicio para seguir recibiendo los servicios en el centro de enfermería. [Nota: Los miembros que también reciban servicios en un hospital de rehabilitación de enfermedades crónicas (CDRH) serán transferidos después de 100 días de servicios combinados de CDRH y centro de enfermería]. La cobertura se limita a seis meses, según la política de MassHealth.	Sí	No
Servicios ortopédicos: aparatos ortopédicos no dentales y otros dispositivos mecánicos o moldeados para apoyar o corregir defectos de forma o función del cuerpo humano.	Sí	Sí
Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria	Sí	No
Servicios de podología: servicios para el cuidado de los pies.	No	Sí
Atención primaria (prestada por el PCC o PCP del miembro): algunos ejemplos son: • Visitas al consultorio para recibir atención primaria • Exámenes ginecológicos anuales • Cuidado prenatal • Capacitación para el automanejo de la diabetes • Servicios para dejar de fumar • Barniz de flúor para prevenir la caries dental en menores de 21 años	No	No
Servicios protésicos: dispositivos no dentales destinados a sustituir una parte externa inferior o superior del cuerpo perdida por amputación o deformidades congénitas, y destinados a servir de reemplazo de una extremidad o de una articulación total.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de radiología y diagnóstico: Por ejemplo: • Radiografías • Resonancia magnética (RM) y otros estudios de imagen • Servicios de oncología radioterápica realizados en centros de oncología radioterápica (ROC) independientes de un hospital de agudos para pacientes externos o de un servicio médico	Sí	Sí
Monitorización remota de pacientes (RPM): monitorización a domicilio de miembros para el control de enfermedades crónicas y servicios de consulta electrónica. • RPM: a partir del 1 de agosto de 2024, según especifique la EOHHS, determinados servicios, prestados por un médico, un centro de salud comunitario o un hospital, a fin de facilitar el seguimiento cercano y a domicilio de las inscritas embarazadas, puérperas, con insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otras afecciones especificadas por la EOHHS. RPM para COVID-19: conjunto de servicios para facilitar el seguimiento domiciliario de miembros con COVID-19 confirmada o presunta que no requieren atención a nivel de departamento de emergencias u hospitalario, pero que requieren un seguimiento de cerca continuado. El conjunto de RPM para COVID-19 incluye todos los servicios clínicos médicamente necesarios para facilitar siete días de seguimiento a domicilio cercano de los miembros con COVID-19 confirmada o presunta.	No	No
Servicios de centros de salud escolares: todos los servicios cubiertos prestados en centros de salud escolares (SBHC).	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Especialistas: algunos ejemplos son los siguientes. • Visitas al consultorio para recibir atención de especialidad • Ginecología y obstetricia (no se necesita una derivación para la atención prenatal y el examen ginecológico anual) • Terapia médica de nutrición	No	Sí
Tabletas (para uso como dispositivos generadores de habla [SGD]): la ley estatal proporciona cobertura limitada de tabletas utilizadas como SGD para determinados miembros menores de 21 años, que tengan un diagnóstico de trastorno del espectro autista y un trastorno grave de la comunicación expresiva y para los que un SGD sea médicamente necesario, y una tableta sea el dispositivo más adecuado. Si un dispositivo médico cubierto como equipo médico duradero (DME) (fabricado exclusivamente para un fin médico) es más apropiado, el miembro puede recibir un dispositivo médico generador de habla médicamente necesario. [Consulte más arriba la descripción del equipo médico duradero (DME)].	*	No
Servicios de terapia: los servicios de terapia incluyen la evaluación diagnóstica y la intervención terapéutica destinadas a mejorar, desarrollar, corregir, rehabilitar o prevenir el empeoramiento de las capacidades funcionales o enfermedades, lesiones o trastornos congénitos. Por ejemplo: • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla o lenguaje	Sí	Sí
Servicios para dejar de fumar: asesoramiento individual y en grupo presencial para dejar de fumar, que incluyendo la terapia de reemplazo de nicotina (NRT).	No	No
Servicios en clínicas de atención de urgencia	**No**	**No**

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de asesoramiento sobre vacunas	**No**	**No**
Pelucas: recetadas por un médico y relacionadas con una afección médica.	No	No
Evaluación y diagnóstico preventivos para el cuidado de la salud pediátrico (PPHSD)		
Servicios de detección: los niños deben acudir a su proveedor primario de cuidados médicos (PCP) para las visitas de atención médica preventiva, incluso cuando se encuentren bien. Como parte de estas visitas, los PCP pueden realizar pruebas de detección de problemas o riesgos para la salud. Estos exámenes incluyen pruebas físicas, mentales, de desarrollo, dentales, auditivas, visuales y de otro tipo para detectar posibles problemas. Las visitas rutinarias a un dentista también están cubiertas para los niños menores de 21 años.	No	No
Servicios de diagnóstico: se realizan pruebas de diagnóstico para hacer un seguimiento cuando se identifica un riesgo.	Sí	Sí
Servicios dentales		
Dentaduras postizas para adultos: dentaduras postizas completas y parciales, así como ajustes y reparaciones de dichas dentaduras, para miembros de 21 años o más.	*	**No**
Servicios de diagnóstico, prevención, restauración y odontología compleja: se utilizan para la prevención, el control y el tratamiento de enfermedades dentales y el mantenimiento de la salud bucodental de niños y adultos.	*	**No**
Atención dental de emergencia	No	No
Cirugía oral: para tratar una afección médica, realizada en cualquier lugar de servicio, incluyendo sin limitación un centro para pacientes externos, como un hospital de cirugía ambulatoria o una clínica o consultorio.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de doulas		
Servicios de doula: apoyo emocional, informativo y físico no médico a las miembros embarazadas, parturientas y puérperas.	*	No
Servicios de transporte		
Servicios de transporte de emergencia. Transporte en ambulancia (aérea y terrestre) que generalmente no está programado pero que se necesita con carácter de emergencia. Entre ellos se incluye el transporte de atención especializada (es decir, el transporte en ambulancia de un miembro herido o enfermo grave de un centro a otro, que requiere una atención que va más allá del ámbito de actuación de un paramédico).	No	No
Servicios de la vista		
Atención de la vista médica, que incluye: • Exámenes oftalmológicos completos una vez al año para los miembros menores de 21 años y una vez cada 24 meses para los miembros mayores de 21 años, y siempre que sea médicamente necesario • Educación sobre la vista • Prótesis oculares; lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarias, como tratamiento médico para una afección médica como el queratocono • Lentes terapéuticas	Sí	Sí
Atención de la vista no médica, que incluye: • Receta y dispensación de material oftálmico, incluyendo anteojos y otras ayudas visuales, excluidos los lentes de contacto	*	*

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de farmacia		
Los artículos de esta sección están cubiertos según figuran en la Lista de medicamentos de MassHealth. Los proveedores de farmacia pueden entregar medicamentos en domicilios particulares, incluyendo los albergues para personas sin hogar.		
Medicamentos magistrales	Sí	No
Productos de farmacia que no sean medicamentos	Sí	No
Medicamentos de venta libre	Sí	No
Medicamentos recetados	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de salud conductual		
Servicios alternativos: servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que se prestan como alternativas clínicamente apropiadas a los servicios como paciente hospitalizado de salud conductual para apoyar a un miembro que regresa a la comunidad después de una hospitalización aguda de 24 horas, y proporcionar apoyo intensivo para mantener el funcionamiento en la comunidad. Existen dos categorías de servicios alternativos: los que se prestan en un centro 24 horas y los que se prestan en un entorno o centro que no cubre 24 horas.		
Servicios alternativos que no cubren las 24 horas		
Programa de Apoyo Comunitario (CSP) y CSP especializados: servicios de salud conductual prestados a los miembros a través de personal paraprofesional móvil y basado en la comunidad. Programa de Apoyo Comunitario para Personas sin Hogar (CSP-HI): un servicio especializado del CSP para atender las necesidades sociales relacionadas con la salud de los miembros que • se encuentran sin hogar y son usuarios frecuentes de los servicios médicos agudos de MassHealth; o bien • son personas sin hogar crónicas, según la definición del Department of Housing and Urban Development de Estados Unidos. **Programa de Apoyo Comunitario para Personas con Problemas Judiciales (CSP-JI):** un servicio especializado del CSP para abordar las necesidades sociales relacionadas con la salud de los miembros con implicación judicial que tienen una barrera para acceder a los servicios médicos y de salud conductual o utilizarlos de manera coherente. **Programa de Apoyo Comunitario: Programa de Preservación del Arrendamiento (CSP-TPP):** servicio especializado del CSP para atender las necesidades sociales relacionadas con la salud de los miembros que corren el riesgo de quedarse sin hogar y de ser desahuciados como consecuencia de una conducta relacionada con una discapacidad. CSP-TPP trabaja con el miembro, el Tribunal de la Vivienda y el arrendatario del miembro para preservar los contratos de arrendamiento poniendo al miembro en contacto con los servicios comunitarios con el fin de abordar los problemas subyacentes que causan el incumplimiento del contrato de arrendamiento.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Programa Intensivo para Pacientes Externos (IOP): un servicio clínicamente intensivo que sigue al alta de una hospitalización y ayuda a los miembros a evitar la readmisión en un servicio de hospitalización y los ayuda a volver a la comunidad. El servicio ofrece un tratamiento coordinado a través de diversos especialistas.	No	No
Hospitalización parcial (PHP): estos servicios ofrecen una programación de salud mental diurna a corto plazo disponible los siete días a la semana, como alternativa a los servicios de hospitalización. Estos servicios incluyen el tratamiento psiquiátrico diario.	**	No
Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT): un enfoque de equipo de tratamiento para proporcionar tratamiento de salud mental agudo, activo y a largo plazo basado en la comunidad, además de alcance, rehabilitación y apoyo. Este servicio ayuda a los miembros a maximizar su recuperación, fijar objetivos y participar en la comunidad. Los servicios se prestan en la comunidad y están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año, según sea necesario.	No	No
Tratamiento psiquiátrico de día: servicios de salud mental para miembros que no necesitan hospitalización, pero que necesitan más tratamiento que una visita semanal. El tratamiento psiquiátrico de día incluye servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	No	No
Acompañamiento de recuperación: un servicio no clínico proporcionado por otras personas que han vivido el trastorno por consumo de sustancias y que han sido certificados como acompañantes de recuperación. Los miembros se ponen en contacto con acompañantes de recuperación que los ayudan a iniciar el tratamiento. Los acompañantes de recuperación también sirven de guía para ayudar a los miembros a mantener la recuperación y permanecer en la comunidad.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Orientadores de apoyo a la recuperación (RSN): servicios especializados de coordinación de la atención a los miembros que padecen trastornos por consumo de sustancias. Este servicio ayuda a los miembros a acceder al tratamiento y recibirlo, incluyendo la gestión de la abstinencia y los servicios de desintoxicación, y a mantenerse motivados para el tratamiento y la recuperación.	**	No
Programa estructurado para el tratamiento ambulatorio de adicciones: servicios para trastornos por consumo de sustancias que son clínicamente intensivos y se ofrecen en un entorno estructurado durante el día o la noche. Estos programas pueden utilizarse para ayudar a un miembro en la transición desde un programa de tratamiento hospitalario de trastornos por consumo de sustancias. También pueden utilizarlo los miembros que necesiten servicios ambulatorios más estructurados para un trastorno por consumo de sustancias. Los programas pueden incluir servicios especializados para embarazadas, adolescentes y adultos que necesiten vigilancia las 24 horas del día.	No	No
Servicios alternativos de 24 horas		
Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que se utilizan en lugar de servicios de hospitalización. Estos servicios ayudan al miembro a reincorporarse en la comunidad tras una hospitalización o a mantener su funcionamiento en la comunidad.		
Servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastornos por consumo de sustancias: servicios utilizados para tratar trastornos por consumo de sustancias las 24 horas al día, siete días a la semana. Los servicios pueden incluir evaluación, uso de medicamentos aprobados para tratar las adicciones, asesoramiento individual y grupal, grupos educativos y planificación del alta. Las miembros embarazadas reciben servicios especializados. Los miembros reciben servicios adicionales para tratar otros trastornos mentales.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Clinical Support Services para trastornos por consumo de sustancias: servicios de tratamiento de 24 horas que pueden utilizarse por sí solos o después de los servicios de tratamiento agudo para trastornos por consumo de sustancias. Los servicios incluyen educación y asesoramiento, ayuda a las familias y parejas, medicamentos para tratar los trastornos por consumo de sustancias, derivación a la atención primaria y apoyos comunitarios, y planificación de la recuperación. Los miembros con otros trastornos mentales reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental. Las afiliadas embarazadas reciben coordinación con su atención obstétrica.	**	No
Tratamiento agudo comunitario (CBAT) para niños y adolescentes: servicios de salud mental intensivos prestados en un entorno seguro las 24 horas al día, con personal clínico suficiente para garantizar la seguridad de niños y adolescentes El tratamiento puede incluir la verificación de medicamentos; evaluación psiquiátrica; enfermería; tratamientos individuales para mantener la seguridad del miembro (especialización); terapia individual, grupal y familiar; gestión de casos; evaluación y consulta familiares; planificación del alta, y pruebas psicológicas. Estos servicios pueden usarse como una alternativa a los servicios para pacientes hospitalizados o como una transición de estos.	**	No
Estabilización comunitaria de crisis (CCS): servicios prestados en lugar de servicios de hospitalización. Estos servicios proporcionan a los miembros observación y supervisión las 24 horas del día.	**	No
Unidad de Cuidados Transitorios (TCU): un programa de tratamiento comunitario con altos niveles de supervisión, estructura y apoyo dentro de un entorno no cerrado. Este servicio atiende a niños y adolescentes menores de 19 años que están bajo la custodia del Department of Children and Families (DCF) que necesitan atención en grupo o de acogida, pero que ya no requieren un nivel de atención agudo. Es un servicio integral que incluye un entorno terapéutico, psiquiatría, gestión de casos y tratamientos con diversos especialistas.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de apoyo transitorio (TSS) para trastornos por consumo de sustancias: un programa residencial intensivo de gestión de casos y psicoeducativo, de 24 horas de duración y a corto plazo con enfermería, disponible para los miembros con trastornos por consumo de sustancias que han sido recientemente desintoxicados o estabilizados y que necesitan una estabilización transitoria adicional antes de ser ingresados en un programa residencial o comunitario. Los miembros con trastornos físicos, mentales y por consumo de sustancias simultáneos son elegibles para la coordinación de transporte y derivaciones a proveedores para garantizar el tratamiento de estas afecciones. Las miembros embarazadas tienen derecho a la coordinación de sus cuidados obstétricos.	*	No
Servicios de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias		
Servicios de rehabilitación residencial para adultos con trastornos por consumo de sustancias: servicios para trastornos por consumo de sustancias ofrecidos en un entorno residencial de 24 horas. Los servicios incluyen al menos cinco horas semanales de terapia individual o grupal, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia. Algunos programas residenciales atienden a embarazadas y puérperas, y proporcionan evaluación y gestión de las necesidades ginecológicas, obstétricas y otras necesidades prenatales, y ofrecen educación en habilidades parentales, educación para el desarrollo infantil, apoyo a los padres, planificación familiar, nutrición, así como oportunidades para grupos relacionales y de desarrollo entre padres e hijos. Las mujeres miembros reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de otras afecciones de salud mental.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de rehabilitación residenciales mejorados y simultáneos para trastornos por consumo de sustancias: servicios prestados en un entorno estructurado, seguro y de 24 horas en la comunidad. Estos servicios ayudan al miembro a recuperarse de trastornos por consumo de sustancias y de enfermedades mentales moderadas o graves. Los servicios apoyan la reinserción en la comunidad y el retorno a las funciones sociales, laborales y educativas. Se prestan servicios de apoyo a la recuperación. Se ofrecen servicios clínicos, niveles adicionales de atención para pacientes externos y acceso a proveedores recetantes de medicamentos.	**	No
Servicios de rehabilitación residencial familiar para trastornos por consumo de sustancias: servicios ofrecidos en un entorno residencial de 24 horas para familias en las que uno de los padres sufre un trastorno por consumo de sustancias. Se prestan servicios de rehabilitación que apoyan a padres e hijos junto con apoyo continuo para desarrollar y mantener habilidades interpersonales y parentales, y apoyar la reunificación y estabilidad familiar. Los miembros reciben terapia, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia.	**	No
Servicios de rehabilitación residencial para jóvenes en edad de transición y jóvenes adultos por trastornos de consumo de sustancias: servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para jóvenes de 16 a 21 años o adultos jóvenes de 18 a 25 años que se están recuperando de problemas de alcohol u otras drogas. Los servicios incluyen terapia individual o grupal, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia. Los miembros también reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de rehabilitación residencial para jóvenes por trastornos de consumo de sustancias: servicios prestados en un entorno residencial de 24 horas para jóvenes de 13 a 17 años que se están recuperando de problemas de alcohol u otras drogas. Los servicios incluyen terapia individual o grupal, gestión de casos, educación y rehabilitación en la residencia. Los miembros también reciben coordinación de transporte y derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas.	**	No
Servicios como paciente hospitalizado		
Servicios hospitalarios de 24 horas que proporcionan tratamiento de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, diagnósticos o ambos.		
Servicios de días necesarios administrativamente (AND): día(s) de servicios de hospitalización para miembros que están listos para el alta, pero no se dispone del entorno adecuado. Los servicios incluyen servicios clínicos continuados adecuados.	Sí	No
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados: servicios hospitalarios para evaluar y tratar afecciones psiquiátricas agudas. Los servicios pueden incluir: • servicios psiquiátricos especializados de hospitalización prestados a niños o adolescentes con trastornos del neurodesarrollo que presentan graves manifestaciones conductuales de trastornos del espectro autista (TEA)/discapacidad intelectual (DI) y afecciones concurrentes de salud mental; y • servicios psiquiátricos especializados de hospitalización prestados a miembros con un diagnóstico de trastorno alimentario y graves necesidades psiquiátricas y médicas asociadas en centros psiquiátricos especializados en trastornos alimentarios.	**	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de hospitalización para trastornos por consumo de sustancias: servicios de hospitalización que proporcionan atención y tratamiento médico a los miembros con necesidades complejas de abstinencia, así como trastornos médicos y conductuales concurrentes.	**	No
Camas de observación/retención: servicios hospitalarios que se utilizan para evaluar, estabilizar e identificar recursos para los miembros durante un máximo de 24 horas.	**	No
Servicios de salud conductual para pacientes externos: servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias proporcionados en persona en un entorno de atención ambulatoria como un centro de salud mental o clínica para trastornos por consumo de sustancias, departamento de atención de pacientes externos en un hospital, centro comunitario de salud o consultorio del médico. Los servicios también pueden prestarse en el domicilio o la escuela del miembro. Algunos proveedores de estos servicios ofrecen horarios ampliados por la noche o durante los fines de semana a través de centros de atención de urgencia de salud conductual. Pueden ofrecer evaluaciones a nuevos clientes el mismo día o al día siguiente, citas para clientes existentes con una necesidad urgente de salud conductual el mismo día o al día siguiente, citas para medicamentos en las 72 horas siguientes a una evaluación inicial y citas de seguimiento en los 14 días naturales siguientes. Estos servicios también pueden prestarse en un centro comunitario de salud conductual (CBHC). Los CBHC ofrecen servicios ante crisis, urgentes y rutinarios para trastornos por consumo de sustancias y salud mental, coordinación de la atención, apoyo entre pares, detección y coordinación con la atención primaria. Los CBHC proporcionan acceso a servicios en el mismo día y al día siguiente, y un horario de servicio ampliado que incluye noches y fines de semana. Los CBHC deben prestar servicios a adultos y jóvenes, incluyendo bebés y niños pequeños, y a sus familias. Consulte también “servicios ante crisis”.		
Servicios para pacientes externos estándar: servicios para pacientes externos que se suelen prestar en un entorno ambulatorio.		
Tratamiento de acupuntura: inserción de agujas metálicas a través de la piel en determinados puntos del cuerpo como ayuda a los miembros que están abandonando el consumo o se están recuperando de la dependencia de sustancias.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Tratamiento ambulatorio de la abstinencia: servicios para pacientes externos miembros que sufren un episodio grave de consumo excesivo de sustancias o complicaciones derivadas de la abstinencia cuando ni la vida ni las funciones corporales importantes están amenazadas.	No	No
Análisis conductual aplicado para miembros menores de 21 años (servicios de ABA): un servicio para un miembro menor de 21 años con un diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA). Se utiliza para tratar conductas desafiantes que interfieren con la capacidad de un joven para funcionar con éxito. Este servicio incluye evaluaciones de la conducta, interpretación de las conductas, desarrollo de un plan de tratamiento, supervisión y coordinación de los tratamientos y formación de los padres para abordar objetivos específicos.	Sí	No
Evaluación para la Ubicación Segura y Apropiada (ASAP): una evaluación para ciertos jóvenes sexualmente abusivos o pirómanos que están bajo el cuidado y la custodia del Department of Children and Families (DCF), y que están por recibir el alta de una hospitalización o ciertos entornos de servicios alternativos a un entorno de atención en el hogar familiar. Los servicios se prestan a través de un proveedor de ASAP designado por el DCF.	Sí	No
Consulta de caso: reunión entre el proveedor tratante y otros clínicos de salud conductual o el médico de atención primaria del miembro, en relación con un miembro. La reunión sirve para identificar y planificar servicios adicionales, coordinar o revisar un plan de tratamiento y revisar los progresos de la persona.	No	No
Contacto colateral: comunicación entre un proveedor y las personas que participan en la atención o el tratamiento de un miembro menor de 21 años. Los proveedores pueden ser personal escolar y de guarderías, personal de agencias estatales y personal de agencias de servicios humanos.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Tratamiento de pareja/familia: terapia y asesoramiento para tratar a un miembro y a su pareja o familia en la misma sesión.	No	No
Evaluación diagnóstica: una evaluación del funcionamiento de un miembro, utilizada para diagnosticar y diseñar un plan de tratamiento.	No	No
Terapia dialéctica conductual (DBT): tratamiento para pacientes externos que incluye estrategias de psicoterapias conductuales, cognitivas y de apoyo para miembros con ciertos trastornos, incluyendo miembros con trastorno límite de la personalidad.	No	No
Servicios de Intervención Conductual Intensiva Temprana (EIBI): proporcionados a niños elegibles menores de tres años de edad que tienen un diagnóstico de trastorno del espectro autista.	No	No
Consulta familiar: reunión con familiares u otras personas importantes para el miembro y su tratamiento. La reunión sirve para identificar y planificar servicios adicionales, coordinar o revisar un plan de tratamiento y revisar los progresos del miembro.	No	No
Tratamiento grupal: terapia y asesoramiento para tratar a personas no emparentadas en un contexto grupal.	No	No
Tratamiento individual: terapia o asesoramiento para tratar a una persona de forma individual.	No	No
Consulta puente entre la hospitalización y el contexto ambulatorio: una consulta de una sola sesión dirigida por un proveedor externo mientras el miembro sigue en una unidad psiquiátrica de hospitalización. Esta consulta incluye al miembro y al proveedor de servicios para pacientes hospitalizados.	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Consulta de medicamentos: consulta para evaluar si las recetas del miembro para medicamentos utilizados para las necesidades de salud conductual son adecuadas, así como cualquier necesidad de supervisión por parte de un psiquiatra o enfermero clínico especialista registrado para comprobar si dichos fármacos son útiles y los posibles efectos secundarios.	No	No
Servicios de tratamiento de opiáceos: evaluación y tratamiento supervisados de un miembro, en los que se utilizan medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, junto con una serie de servicios médicos y de rehabilitación para aliviar los efectos de la adicción a los opiáceos. Incluyen desintoxicación y tratamiento de mantenimiento.	No	No
Servicios preventivos de salud conductual: intervenciones a corto plazo en entornos de apoyo grupal, individual o familiar para inculcar habilidades y estrategias de afrontamiento de los síntomas de depresión, ansiedad y otras preocupaciones sociales o emocionales, que pueden prevenir el desarrollo de afecciones de salud conductual para miembros menores de 21 años que tengan un examen de salud conductual positivo (o, en el caso de un bebé, un cuidador con un examen de depresión posparto positivo), incluso si el miembro no cumple con los criterios para un diagnóstico de salud conductual.	No	No
Consulta psiquiátrica en una unidad médica de hospitalización: reunión entre un psiquiatra o un especialista clínico en enfermería registrado de práctica avanzada y un miembro, a petición de la unidad médica. Se utiliza para evaluar el estado mental del miembro y consultar con el personal médico un plan de salud conductual, incluyendo si los medicamentos son adecuados.	No	No
Pruebas psicológicas: pruebas estandarizadas utilizadas para evaluar el funcionamiento cognitivo, emocional, neuropsicológico y verbal de un miembro.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Pruebas psicológicas de educación especial: pruebas utilizadas para desarrollar o determinar la necesidad de un Programa Educativo Individualizado (PEI) para niños.	Sí	No
Servicios intensivos a domicilio y en la comunidad para jóvenes		
Servicios intensivos de salud conductual prestados a los miembros en un entorno comunitario.		
Servicios de terapia a domicilio: este servicio para niños que a menudo se presta con un enfoque de equipo incluye una intervención clínica terapéutica y paraprofesional de formación y apoyo terapéuticos, como se indica a continuación: • **Intervención clínica terapéutica:** una relación terapéutica entre un clínico de nivel de maestría y el niño y la familia. El objetivo es tratar las necesidades de salud mental del niño mediante la mejora de la capacidad de la familia para apoyar el funcionamiento saludable del niño dentro de la familia. El clínico elabora un plan de tratamiento y trabaja con la familia para mejorar la resolución de problemas, el establecimiento de límites, la comunicación y el apoyo emocional u otras funciones. Muchas veces el clínico cualificado trabaja con un paraprofesional de formación y apoyo terapéuticos. • **Formación y apoyo terapéuticos:** un servicio proporcionado por paraprofesionales que trabajan bajo la dirección del clínico de nivel de maestría para apoyar la implementación del plan de tratamiento de un clínico licenciado para lograr los objetivos del plan de tratamiento. Esta persona cualificada trabaja con un clínico de nivel de maestría para apoyar un plan de tratamiento que aborde los desafíos emocionales y de salud mental del niño.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios ante crisis: disponibles los siete días a la semana, las 24 horas al día, para proporcionar tratamiento a cualquier miembro que sufra una crisis de salud mental. Los CBHC pueden ofrecer servicios ante crisis.		
Intervención móvil en crisis para adultos (AMCI): proporciona evaluación, intervención, estabilización y seguimiento de crisis de salud conductual para adultos en la comunidad durante un máximo de tres días. Los servicios de AMCI se prestan en la comunidad y están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año, con ubicación conjunta en los CBHC. Los servicios se prestan como respuestas móviles al miembro (incluyendo en residencias privadas) y se prestan a través de telehealth a los miembros de 21 años o más a petición del miembro, o por indicación de la Línea de Ayuda de Salud Conductual cuando sea clínicamente apropiado. La AMCI gestiona programas de estabilización comunitaria de crisis para adultos con preferencia por la ubicación conjunta de los servicios.	No	No
Servicios de evaluación de crisis de salud mental en un entorno médico agudo: evaluaciones de crisis proporcionadas en entornos de hospitalización médica y quirúrgica y en el servicio del departamento de emergencias (ED) para los miembros que se presentan en el ED con una crisis de salud conductual. Los elementos de las evaluaciones de crisis incluyen lo siguiente: • Evaluación integral de crisis de salud conductual • Intervenciones en caso de crisis • Planificación del alta y coordinación de la asistencia • Elaboración de informes y colaboración con la comunidad	No	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Servicios de gestión de crisis de salud conductual en entornos médicos agudos: servicios de gestión de crisis prestados a miembros en entornos de hospitalización médica y quirúrgica y en departamentos de emergencias. Los elementos de la gestión de crisis incluyen lo siguiente: • Intervenciones en caso de crisis • Planificación del alta y coordinación de la asistencia • Elaboración de informes y colaboración con la comunidad constantes	No	No
Intervención móvil ante crisis de jóvenes (YMCI): un servicio a corto plazo que es una respuesta terapéutica móvil, in situ y presencial para jóvenes menores de 21 años que experimentan una crisis de salud conductual y que incluye un seguimiento de hasta siete días. Los servicios de YMCI se prestan 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año, con ubicación conjunta en los CBHC. Los servicios se prestan como respuestas móviles al miembro (incluyendo en residencias privadas) y a través de telehealth cuando así lo solicita la familia y es clínicamente apropiado. La YMCI tendrá acceso a los servicios de estabilización comunitaria de crisis para jóvenes (YCCS). Las YMCI deben tener capacidad para aceptar a jóvenes que entren voluntariamente en el centro a través de una ambulancia o de las fuerzas del orden por una entrada adecuada.	No	No
Otros servicios de salud conductual		
Terapia electroconvulsiva (ECT): tratamiento que se utiliza para tratar la depresión que no ha respondido a los medicamentos ni a la psicoterapia. Este tratamiento inicia una convulsión con un impulso eléctrico mientras el miembro está anestesiado.	No	No
Estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS): tratamiento que se utiliza para tratar la depresión que no ha respondido a los medicamentos ni a la psicoterapia. En este tratamiento, se aplican al cerebro campos magnéticos que cambian rápidamente a través de un cable sujeto al cuero cabelludo.	Sí	No

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios cubiertos por MassHealth Family Assistance	¿Se requiere autorización previa para algunos de los servicios o todos ellos?	¿Se requiere una derivación para algunos de los servicios o todos ellos?
Especialización: servicios de tratamiento prestados a un miembro en diversos entornos las 24 horas al día, de forma individualizada, para mantener la seguridad del miembro.	No	No
Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN): servicios suplementarios de nutrición		
Comidas con entrega a domicilio diseñadas con un enfoque médico: se trata de comidas preparadas para personas con necesidades de salud específicas. Las comidas se preparan para responder mejor a las necesidades de salud específicas de cada persona y se entregan a domicilio.	Sí	Sí
Recetas y vales de alimentos nutricionalmente adecuados: son tarjetas regalo para comprar alimentos saludables.	Sí	Sí
Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN): servicios suplementarios de vivienda		
Orientación sobre la vivienda: este servicio puede ayudar a una persona con problemas de vivienda a hablar con su propietario, a obtener ayuda legal o a encontrar un nuevo lugar donde vivir.	Sí	Sí

* Estos servicios están cubiertos directamente por MassHealth y pueden requerir autorización previa o derivaciones. Lo ayudaremos a coordinar estos servicios.

** Estos servicios no requieren autorización previa para poder recibirlos.

Servicios excluidos

Salvo que se determine que son médicamente necesarios, los siguientes servicios o suministros no están cubiertos por MassHealth.

- Cirugía estética. Hay excepciones si MassHealth está de acuerdo en que este tipo de cirugía es necesaria a los siguientes fines:
  - tratar los daños tras una lesión o enfermedad;
  - realizar una reconstrucción mamaria tras una mastectomía;
  - realizar otros procedimientos que MassHealth determine que son médicamente necesarios.
- Tratamiento de la infertilidad. Se incluyen los procedimientos de fecundación in vitro (FIV) y de implantación de gametos en las trompas de Falopio (GIFT).
- Tratamiento experimental.
- Un servicio o suministro que su proveedor o MassHealth no brindan ni dirigen. Hay algunas excepciones:
  - Servicios de emergencia
  - Servicios de planificación familiar
- Servicios de laboratorio no cubiertos.
- Artículos para la comodidad personal, por ejemplo, aires acondicionados, radios, teléfonos y televisores.
- Servicios no cubiertos de otra manera por MassHealth, excepto cuando el contratista determine que son médicamente necesarios para miembros de MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth menores de 21 años de edad. Dichos servicios se consideran un Servicio cubierto en virtud del contrato según los requisitos del programa de Evaluación periódica y temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT).

Póngase en contacto con MassHealth

Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.