



| BeHealthy PartnershipSM

MANUAL DEL MIEMBRO

Bienvenido al plan BeHealthy Partnership, en colaboración entre Baystate Health Care Alliance y Health New England. Lea este manual para obtener más información sobre los beneficios y detalles de su plan.

BeHealthy PartnershipSM

Baystate Health Care Alliance in Partnership with Health New England

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES PARA RECIBIR AYUDA

BeHealthy PartnershipSM Servicio de Atención al Miembro: (800) 786-9999 - TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 6.00 p. m.

Llame para lo siguiente:

- Hacer consultas sobre su inscripción en BeHealthy PartnershipSM.
- Informar cambios en su dirección, número de teléfono, estado civil o tamaño familiar (incluido el nacimiento de un bebé).
- Obtener información sobre el área de servicio o proveedores de la red de BeHealthy Partnership.
- Manifiestar inquietudes sobre la tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership en caso de información errónea, pérdida o robo.
- Obtener ayuda para elegir a un proveedor de atención primaria (primary care provide, PCP) o para recibir una copia del Directorio de proveedores de BeHealthy Partnership.
- Obtener ayuda para encontrar un médico.
- Obtener información sobre servicios cubiertos, nuestro programa de farmacia y cómo se administra su atención.
- Presentar una queja o una apelación.
- Formular preguntas sobre servicios cubiertos administrados por los subcontratistas de Health New England para BeHealthy Partnership, incluido lo siguiente:
 - Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP) para salud conductual (servicios de salud mental o uso de sustancias).
 - OptumRx para servicios de farmacia.
 - Optum Health Care Solutions para servicios quiroprácticos cubiertos.

Servicios de Atención al Miembro de Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP): (800) 495-0086, TTY: (617) 790-4131

Las 24 horas del día, los siete días de la semana

Llame para lo siguiente:

- Hacer preguntas sobre su cobertura de salud conductual (salud mental y/o uso de sustancias).
- Obtener información sobre proveedores de salud conductual o ayuda para encontrar un proveedor de salud conductual.
- Recibir ayuda para completar una Apelación de salud conductual.
- Obtener información sobre la Iniciativa de Salud Conductual para Niños (Children's Behavioral Health Initiative, CBHI).

Para recibir atención de la salud conductual fuera del horario habitual, llame a su proveedor de atención conductual primero, si tiene uno.

Departamento Clínico de MBHP: (800) 495-0086, TTY: (617) 790-4130

Las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Llame para lo siguiente:

- Obtener una derivación para un proveedor.
- Obtener información sobre administración de cuidado especializado u otros servicios de salud conductual y cómo obtenerlos.

Centro de Servicio al Cliente de MassHealth: (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648

de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Llame para lo siguiente:

- Hacer preguntas sobre la inscripción en MassHealth y conocer todos los detalles de sus opciones de planes de salud.
- Obtener un formulario de renovación si usted no recibió un formulario de verificación de revisión de elegibilidad en un plazo de 10 a 11 meses desde de la fecha en que solicitó MassHealth por última vez.
- Hacer preguntas sobre cómo completar el formulario de nueva determinación para verificación de la revisión de elegibilidad de MassHealth.
- Informar cambios en su dirección, número de teléfono, estado civil o tamaño familiar (incluido el nacimiento de un bebé).
- Manifiestar inquietudes sobre la tarjeta de identificación de miembro de MassHealth en caso de información errónea, pérdida o robo.
- Solicitar la desafiliación de BeHealthy Partnership.
- Presentar una queja sobre BeHealthy Partnership.

Línea de información médica de Health New England: (866) 389-7613

las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Llame para hablar con un enfermero registrado sobre los siguientes temas:

- Información médica general.
- Tomar la mejor decisión para usted acerca del acceso a atención de emergencia o urgencia.

La Línea de información médica es un beneficio cubierto que recibe con BeHealthy Partnership y no pretende reemplazar a su PCP o al proveedor de atención de la salud.

Línea de ayuda para el cumplimiento: (800) 453-3959

Llame e informe fraudes de miembros o proveedores. No es necesario que se identifique.

New England Organ Bank: (800) 446-6362, (800) 446-NEOB

Llame para obtener información sobre la donación de órganos o tejidos.



Baystate Health Care Alliance in Partnership with Health New England

Manual del miembro

Vigente a partir del 1/01/2020

Aviso que informa a las personas sobre no discriminación y accesibilidad

Health New England cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health New England no excluye a personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health New England:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se puedan comunicar correctamente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Brinda servicios de idioma gratuitos a personas cuyo primer idioma no sea el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Susan O'Connor, Vice presidenta y Asesora General.

Si considera que Health New England no ha brindado estos servicios o que ha discriminado a alguien de otra manera sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante: Susan O'Connor, Vice President and General Counsel, One Monarch Place, Suite 1500, Springfield, MA 01104-1500, Teléfono: (888) 270-0189, TTY: 711, Fax: (413) 233-2685 o ComplaintsAppeals@hne.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar una queja formal, Susan O'Connor, Vicepresidenta y Asesora General, estará disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, (800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios en múltiples idiomas

Estamos aquí para ayudarlo. Podemos brindarle información en otros formatos y en otros idiomas. Todos los servicios de traducción son gratuitos para nuestros miembros. Si tiene preguntas sobre este documento, llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en su tarjeta de identificación de plan de salud (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Miembros de BeHealthy Partnership, esta información es sobre sus beneficios de BeHealthy Partnership. Si tienen alguna pregunta, necesitan traducir este documento, necesitan que alguien les lea esta u otra información impresa, o si desean obtener más información sobre cualquiera de nuestros beneficios o servicios, llamen al número de teléfono gratuito para miembros que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Si tienen preguntas sobre su salud del comportamiento, llamen a MBHP al: (800) 495-0086 (TTY: [617] 790-4130) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visiten www.masspartnership.com.

Miembros de Medicare Advantage, Medicare Advantage de Health New England es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organización, HMO) y HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en Medicare Advantage de Health New England depende de la renovación del contrato. Si tienen preguntas sobre este documento, llamen al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en su tarjeta de identificación de plan de salud (TTY: 711).

Spanish	Tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo. Para solicitar un intérprete, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud y presione 0. (TTY: 711)
Portuguese	Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para solicitar um intérprete, ligue para o número de telefone gratuito que consta no cartão de ID do seu plano de saúde, pressione 0. (TTY: 711)
Chinese	您有權免費以您使用的語言獲得幫助和訊息。如需口譯員，請撥打您的保健計劃 ID 卡上列出的免費會員電話號碼，按 0。(TTY: 711)
French Creole	Ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang natifnatal ou gratis. Pou mande yon entèprèt, rele nimewo gratis manm lan ki endike sou kat ID plan sante ou, peze 0. (TTY: 711)
Vietnamese	Quý vị có quyền được giúp đỡ và cấp thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để yêu cầu được thông dịch viên giúp đỡ, vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên được nêu trên thẻ ID chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, bấm số 0. (TTY: 711).
Russian	Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы подать запрос переводчика позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты и нажмите 0. Линия (телефон: 711)
Arabic	بحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك مجاناً. لطلب مترجم، اتصل برقم هاتف العضو المجاني على بطاقة تعريف خطتك الصحية، ثم اضغط على 0. (TTY:711)
Mon-Khmer, Cambodian	អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មាន ជាភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអ្វីថ្លៃ។ ដើម្បីសុំមនុស្សនិយោគបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទទៅដល់លេខកកដេញថ្លៃសំរាប់សមាជិក ឬ សមាសកក់នៅកន្លែងប័ណ្ណ ID កំណត់សម្គាល់ របស់អ្នក រួចមេ ០ លើ ០ ១ (TTY: 711)
French	Vous avez le droit d'obtenir gratuitement de l'aide et des renseignements dans votre langue. Pour demander à parler à un interprète, appelez le numéro de téléphone sans frais figurant sur votre carte d'affilié du régime de soins de santé et appuyez sur la touche 0. (ATS: 711).
Italian	Hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per richiedere un interprete, chiama il numero telefonico verde indicato sulla tua tessera identificativa del piano sanitario e premi lo 0. Dispositivi per non udenti (TTY: 711).
Korean	귀하는 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사를 요청하기 위해서는 귀하의 플랜 ID카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 전화하여 0번을 누르십시오. TTY 711
Greek	Έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση. Για να ζητήσετε διερμηνέα, καλέστε το δωρεάν αριθμό τηλεφώνου που βρίσκεται στην κάρτα μέλους ασφάλισης, πατήστε 0. (TTY: 711).
Polish	Masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Po usługi tłumacza zadzwoń pod bezpłatny numer umieszczony na karcie identyfikacyjnej planu medycznego i wcisnij 0. (TTY: 711).
Hindi	आप के पास अपनी भाषा में सहायता एवं जानकारी नि:शुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिण के लिए अनुरोध करने के लिए, अपने हेल्थ प्लान ID कार्ड पर सूचीबद्ध टोल-फ्री नंबर पर फोन करें, 0 दबाएं। TTY 711
Gujarati	તમારી ભાષામાં વિના મૂલ્યે મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયાની વિનંતી કરવા માટે તમારા હેલ્થ પ્લાન ID કાર્ડ પર જણાવેલા ટોલ-ફ્રી નંબર પર કોલ કરો અને 0 દબાવો. (TTY: 711).
Lao	ທ່ານມີສິດທິຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຂໍຮ້ອງນາຍພາສາ, ໂທພສິຫາຫມາຍເລກໂທລະສັບສາວັບສະມາຊິກທີ່ໄດ້ລະບຸໂຕ້ໃນບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ກົດເລກ 0. (TTY: 711).
Albanian	Ju këni të drejtë të merrni ndihmë dhe informacion falas në gjuhën tuaj. Për të kërkuar një përkthyes, telefononi në numrin që gjendet në kartën e planit tuaj shëndetësor, shtypni 0. (TTY: 711).
Tagalog	May karapatan kang makatanggap ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang humiling ng tagasalin, tawagan ang toll-free na numero ng telepono na nakalagay sa iyong ID card ng planong pangkalusugan, pindutin ang 0. (TTY: 711).

Bienvenido a BeHealthy Partnership

BeHealthy Partnership es una opción de plan de MassHealth de sociedad colectiva responsable por la atención de la salud. BeHealthy Partnership está compuesta por Baystate Health Care Alliance, que es una Organización responsable por la atención de la salud (Accountable Care Organization, ACO) y Health New England (HNE), que es la Organización de atención administrada (Managed Care Organization, MCO) del plan. Una ACO es un grupo de Proveedores de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) y otros proveedores que están a cargo de brindar atención de calidad y ayudarlo a satisfacer sus necesidades de atención de la salud. Su PCP y su equipo de atención de la salud trabajan con usted y con la red de proveedores de la ACO para conectarlo con los servicios y la ayuda en el momento y el lugar adecuados.

BeHealthy Partnership incluye a PCP ubicados en cinco centros de salud cercanos ubicados en Springfield, Massachusetts:

- Brightwood Health Center.
- Caring Health Center.
- High Street Adult Health Center.
- High Street Pediatric Health Center.
- Mason Square Health Center.

Como miembro, se seguirá atendiendo con su PCP en uno de estos centros de salud. Su PCP y el equipo de atención en su centro de salud organizarán su atención cuándo y dónde lo necesite. Lo ayudarán a administrar su atención para que usted pueda:

- Permanecer saludable y fuera del hospital.
- Evitar las visitas a la sala de emergencias cuando no sean necesarias.
- Controlar las enfermedades crónicas de la mejor manera.
- Acceder a la atención de salud mental y a los servicios sociales con facilidad.

Podrá usar los servicios locales de calidad que ofrece Baystate Health y tendrá acceso a administradores de atención de enfermería, coordinadores de atención y recursos y empleados de salud comunitaria. A través del plan BeHealthy Partnership, recibirá apoyo de proveedores de atención de la salud responsables que viven y trabajan en su comunidad.

Este Manual del miembro contiene información importante sobre sus Servicios cubiertos y beneficios, como también lo que haremos por usted y lo que necesitaremos que usted haga como miembro de BeHealthy Partnership.

Para los fines de este Manual del miembro, la palabra “usted” o “su” significa “miembros de BeHealthy Partnership, Baystate Health Care Alliance en asociación con HNE”, y “nosotros” o “nos” a menudo significa BeHealthy Partnership.

Palabras con un significado especial

Algunas palabras del Manual del miembro tienen un significado especial. Estas palabras aparecerán en mayúscula en todo el Manual del miembro y se definen en el glosario al final del manual.

Sus beneficios y servicios cubiertos de BeHealthy Partnership

Al final de este documento, encontrará una lista completa de Servicios cubiertos que lo ayudará a conocer sus beneficios y servicios de BeHealthy Partnership. Esto incluye atención médica, social y de Salud del comportamiento (trastornos por consumo de sustancias o salud mental).

Como miembro, tiene acceso a Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP). Esto brinda todos los servicios de Salud del comportamiento para usted y para los miembros de su familia. En la página 15 de este Manual del miembro, encontrará toda la información acerca de sus servicios de MBHP.

Comuníquese con nosotros

Si necesita ayuda para entender el Manual del miembro, comuníquese con el personal de Servicios de atención al miembro. Su número de teléfono está en la página 5.

Traducción y otros formatos

Este Manual del miembro y el Directorio de proveedores se ofrecen en inglés y en español. Llame a Servicios de atención al miembro de HNE para solicitar, sin cargo, el Manual del miembro de BeHealthy Partnership en otros formatos, como Braille, tamaño de letra grande y videos de lenguaje estadounidense de señas. Además, un representante de Servicios de atención al miembro de HNE podrá traducir a otros idiomas los materiales impresos por teléfono de forma gratuita.

Si no contamos con un representante de Servicios de atención al miembro que hable su idioma, le proporcionaremos servicios de interpretación y traductores.

Tenga en cuenta que puede obtener toda la información sobre las opciones del plan de salud de MassHealth, incluido BeHealthy Partnership, si llama al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth. Encontrará la información de contacto en la página 5 de este Manual del miembro.

NÚMEROS DE TELÉFONO Y RECURSOS IMPORTANTES

Nuestros representantes de Servicios de Atención al Miembro desean que usted aproveche al máximo su membresía en BeHealthy Partnership. Llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE si:

- Tiene alguna pregunta sobre sus beneficios y Servicios cubiertos de BeHealthy Partnership.
- Necesita ayuda para elegir a un nuevo PCP.
- Recibe una factura por Servicios cubiertos.
- Pierde su Tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership.
- Desea presentar una Queja formal o Apelación.
- Se muda.
- Tiene un nuevo número de teléfono.

Además, asegúrese de informar a MassHealth si:

- Se muda.
- Tiene un nuevo número de teléfono.
- Cambia su estado civil.
- Tiene una nueva incorporación a su familia.

Información de contacto de Servicios de atención al miembro de BeHealthy Partnership

TELÉFONO (413)788-0123 o (800) 786-9999 (número gratuito)
Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. El personal de Servicios de atención al miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.

TTY 711
Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado sólo a personas con dificultades para oír o hablar.

Las llamadas a este número son gratuitas.

SITIO WEB

<http://behealthypartnership.org/>

Información de contacto del Centro de Servicio al Cliente de MassHealth

TELÉFONO (800) 841-2900
Las llamadas a este número son gratuitas. Autoservicio disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en inglés y en español. Otros servicios disponibles. De lunes a viernes, de 8:00 a .m. a 5:00 p. m.; servicio de intérpretes disponible

TTY (800) 497-4648
Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado sólo a personas con dificultades para oír o hablar.
Las llamadas a este número son gratuitas.

SITIO WEB <http://mass.gov>

Member Engagement Center (Centro de Compromiso con el miembro) de Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP)

TELÉFONO (800) 495-0086
Las llamadas a este número son gratuitas.
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

TTY (877) 509-6981
Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado sólo a personas con dificultades para oír o hablar.
Las llamadas a este número son gratuitas.

SITIO WEB <http://masspartnership.com>

Índice

Bienvenido a BeHealthy Partnership.....	3
Palabras con un significado especial	3
Sus beneficios y servicios cubiertos de BeHealthy Partnership	3
Comuníquese con nosotros.....	4
Traducción y otros formatos	4
Números de teléfono y recursos importantes	5
DÓNDE OBTENER SERVICIOS	8
Área de servicio de BeHealthy Partnership.....	8
Centros de salud de BeHealthy Partnership.....	8
Atención de urgencia y emergencia	8
¿Cómo recibo atención cuando viajo fuera del Área de servicio de BeHealthy Partnership?.....	10
Teladoc®	10
SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD.....	11
<i>Directorio de proveedores</i>	11
Proveedores de atención primaria (PCP) y por qué son importantes.....	11
Atención de la Salud del comportamiento para Miembros de BeHealthy Partnership.....	13
Segunda opinión.....	15
Atención hospitalaria que no sea de emergencia	16
Servicios de planificación familiar	16
Estándares de atención	16
INSCRIPCIÓN DEL MIEMBRO, DESAFILIACIÓN Y TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN	18
Portal en línea para miembros	18
Desafiliación	18
Desafiliación voluntaria.....	18
Desafiliación del miembro por pérdida de elegibilidad	19
Desafiliación de miembro por causa justificada.....	19
Cómo conservar su cobertura de MassHealth	19
Tarjetas de identificación de miembro.....	19
Su Tarjeta de identificación de MassHealth.....	20
BENEFICIOS DE BEHEALTHY PARTNERSHIP	21
Requisitos de cobertura generales.....	21
Cómo acceder a los beneficios no cubiertos por BeHealthy Partnership que están disponibles en forma directa a través de MassHealth	23
Servicios excluidos.....	23
Atención de la salud preventiva para niños	23
Iniciativa de Salud del Comportamiento para Niños (CBHI).....	25
Atención odontológica para niños	26
Servicios de intervención temprana para niños con problemas de desarrollo o crecimiento	26
Atención preventiva para adultos	26
Atención por maternidad	27
SUS BENEFICIOS DE FARMACIA.....	28
<i>Cómo comprar los medicamentos recetados</i>	28
<i>Medicamentos de venta libre</i>	28
Consumo seguro y adecuado de medicamentos recetados	28

<i>Límite de cantidad</i>	28
<i>Política de medicamentos genéricos obligatorios</i>	29
<i>Autorización previa</i>	29
<i>Terapia escalonada</i>	29
Programa de farmacia de especialidad BrivoRx	29
Programa de medicamentos nuevos en el mercado	30
Limitaciones	31
Excepciones	31
Servicios excluidos	31
ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN	33
<i>Programa de bienestar</i>	33
<i>Administración clínica intensiva (ICM)</i>	34
<i>Servicios especializados de administración de la atención de Salud del comportamiento para Miembros</i>	34
AUTORIZACIONES PREVIAS	35
PROGRAMAS PARA MANTENER SERVICIOS ADECUADOS Y DE CALIDAD	37
Administración de utilización	37
Programa de control de calidad	37
INQUIETUDES, CONSULTAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES	38
<i>Inquietudes</i>	38
Consultas	38
Quejas formales	38
Apelaciones	39
Cuando tiene otra cobertura	46
<i>Coordinación de beneficios</i>	47
<i>Subrogación</i>	47
Accidentes automovilísticos o lesiones/enfermedades laborales	48
Glosario	50
SERVICIOS CUBIERTOS POR LA ACO	58
FORMULARIOS Y AVISOS LEGALES	59
Directivas anticipadas: Planificación de la futura atención de la salud	60
Aviso de prácticas de privacidad	61
Instrucciones del formulario de Autorización de representante personal	67
Formulario de Examen de necesidades de atención	71
Evaluación de necesidades de atención de la salud de niños (para adultos)	8
Evaluación de necesidades de atención de la salud de niños	17
Derechos y responsabilidades del Miembro	29
Sus derechos como Miembro de BeHealthy Partnership	29
Sus responsabilidades como Miembro de BeHealthy Partnership	30
Su confidencialidad	30

DÓNDE OBTENER SERVICIOS

Área de servicio de BeHealthy Partnership

En nuestra Área de servicio se incluye Northampton, Holyoke, Springfield y Westfield. Trabajamos con médicos, hospitales y otros Proveedores del Área de servicio para ofrecer servicios de atención de la salud. Para obtener más información, llame a nuestro departamento de Servicios de Atención al Miembro al número que figura en la página 5.

Hay ciertos servicios que puede recibir fuera del Área de servicio sin Autorización previa. En estos servicios se incluyen Atención de emergencia, Planificación familiar o un servicio que no esté disponible de parte de su Proveedor. Puede comunicarse con Servicios de Atención al Miembro de HNE al número de teléfono que figura en la página 5 para obtener más información.

Centros de salud de BeHealthy Partnership

BeHealthy Partnership es una opción de plan de Organización responsable por la atención de la salud (ACO) de MassHealth. La sociedad está compuesta por Baystate Health Care Alliance y por HNE. BeHealthy Partnership está compuesta de cinco centros de salud participantes ubicados en Springfield, Massachusetts:

- Brightwood Healthy.
- Caring Health Center.
- High Street Adult Health Center.
- High Street Pediatric Health Center.
- Mason Square Health Center.

Atención de urgencia y emergencia

Emergencia médica

Una Emergencia médica es una afección que puede poner su salud en peligro grave si no recibe atención médica inmediata. Algunos ejemplos de estos tipos de emergencias médicas son los siguientes:

- Quebraduras.
- Dolor en el pecho.
- Convulsiones.
- Cortes profundos.
- Pérdida del conocimiento.
- Envenenamiento.
- Problemas para respirar.
- Sangrado grave.

Emergencia de salud del comportamiento

Una Emergencia de salud del comportamiento es una que usted cree que lo pondrá en peligro grave si no recibe atención médica inmediata. Los ejemplos de Emergencias de salud del comportamiento son:

- Pensamientos de herirse a sí mismo.
- Pensamientos de herir a otros.
- Oír voces.

Usted tiene cobertura por Emergencias de salud del comportamiento y Emergencias médicas

La Atención de emergencia es un Servicio cubierto por el plan BeHealthy Partnership. Esto incluye transporte en ambulancia y Servicios de atención de posestabilización relacionados con una Emergencia. Llame al 911 o a su número de Emergencia local si tiene una afección de la salud de Emergencia que usted cree que pondrá su

salud en peligro grave si no recibe atención inmediata. Para Emergencias de salud del comportamiento, puede llamar también a su Proveedor del Programa de servicios de emergencia (Emergency Service Provider, ESP) de salud del comportamiento local.

Si desea una lista de salas de Emergencia de hospital y Proveedores del ESP de salud del comportamiento en todas las áreas del estado, busque en el Directorio de proveedores o ingrese en www.behealthypartnership.org y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en la esquina superior derecha.

En la Sala de emergencias, se lo examinará y estabilizará antes de darle el alta o transferirlo a otro hospital. Puede ir a cualquier otra Sala de emergencias de hospital. No es necesario que el hospital esté en el Área de servicio de BeHealthy Partnership. Usted tiene cobertura para la Atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Lo que todas las Emergencias tienen en común es una amenaza grave para la salud y la necesidad de una acción rápida. La Atención de rutina, la atención que no se requiere de manera inmediata o la atención de lesiones o enfermedades menores no son Emergencias. Ejemplos de Atención de rutina son el tratamiento de resfríos, dolor de garganta leve, síntomas de gripe, lesiones de más de 24 horas de duración o enfermedades en curso que pueda tratar su PCP.

Debe llamar a su PCP dentro de las 48 horas de haber recibido los Servicios de emergencia.

Para emergencias de Salud del comportamiento, llame a su Proveedor de salud del comportamiento dentro de las 48 horas de haber recibido Servicios de emergencia. A menos que se trate de una Emergencia, en cualquier momento que necesite atención de la salud, llame primero a su PCP. Para recibir atención de Salud del comportamiento, puede llamar también a su Proveedor de salud del comportamiento. No vaya a una Sala de emergencias a menos que se trate realmente de una Emergencia. Su PCP trabajará con usted para satisfacer sus necesidades de atención de la salud cuando esté sano y cuando esté enfermo. Si necesita atención de otro Proveedor, hospital o clínica, su PCP coordinará los servicios correspondientes para usted. Recuerde que puede llamar al consultorio de su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si su PCP no está disponible, otra persona podrá ayudarlo.

BeHealthy Partnership también ofrece un servicio de Línea de información médica disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los enfermeros registrados responderán sus preguntas y lo ayudarán a tomar la mejor decisión sobre el acceso a Atención de urgencia o Emergencia. La Línea de información médica también le puede brindar información médica sobre una serie de temas. La Línea de información médica es un beneficio cubierto y no pretende reemplazar a su PCP o a otro Proveedor de atención de la salud.

Atención de urgencia

Una situación de Atención de urgencia es aquella en la que tiene un problema de salud que necesita atención inmediata, pero no cree que sea una Emergencia. Puede tener un problema de salud grave, pero que no pone su vida en peligro o presenta riesgos de daño permanente a su salud. Para una visita de Atención de urgencia, llame a su PCP o al Proveedor de salud del comportamiento. Puede contactar a su PCP o Proveedor de salud del comportamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para problemas de Salud del comportamiento, puede llamar al Departamento Clínico de MBHP las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si su afección empeora antes de que lo vea su PCP o el Proveedor de salud del comportamiento, puede ir a la Sala de emergencias del hospital más cercano. Para Emergencias de salud del comportamiento, puede llamar también a su Proveedor del ESP local.

Si desea una lista de salas de Emergencia de hospital y Proveedores del ESP de salud del comportamiento en todas las áreas del estado, busque en el Directorio de proveedores o ingrese en www.behealthypartnership.org y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en la esquina superior derecha.

¿Cómo recibo atención cuando viajo fuera del Área de servicio de BeHealthy Partnership?

Cuando usted u otro miembro de su familia se encuentren lejos de su hogar, BeHealthy Partnership cubrirá los servicios de Emergencia, Atención de posestabilización y Atención de urgencia. No olvide ocuparse de sus necesidades de atención de la salud de rutina antes de viajar fuera del Área de servicio.

Si necesita Atención de emergencia o de urgencia mientras está fuera del Área de servicio, vaya al médico o a la Sala de emergencias del hospital más cercanos. No es necesario que llame a su PCP o Proveedor de salud del comportamiento antes de buscar Atención de emergencia o urgencia fuera del Área de servicio. Usted o su familiar deben llamar a su PCP, o a su Proveedor de salud del comportamiento, dentro de las 48 horas de haber recibido la atención fuera del Área de servicio.

Cuando viaje fuera del Área de servicio, no tendrá cobertura para lo siguiente:

- Pruebas o tratamientos que solicite su Proveedor antes de que abandone el Área de servicio.
- Atención de rutina o controles de seguimiento que puedan esperar a que regrese al Área de servicio, como exámenes físicos, vacunas para la gripe o quitar puntos de sutura.
- Atención que sabía que necesitaba antes de abandonar el Área de servicio, como una cirugía optativa.

Un Proveedor puede pedirle que pague la atención que recibe cuando esté fuera del Área de servicio. Si paga la Atención de emergencia, Atención de posestabilización o Atención de urgencia que recibió fuera del Área de servicio, puede presentar una factura o Reclamación ante BeHealthy Partnership.

Asegúrese de incluir la siguiente información:

- Nombre completo del Miembro.
- Fecha de nacimiento del Miembro.
- Número de la Tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership del Miembro.
- Fecha en que se suministró el servicio de atención de la salud.
- Breve descripción de la enfermedad o lesión.
- Copia de la factura del Proveedor.
- Comprobante de pago (como un recibo).

Para artículos de farmacia, debe incluir un recibo de la farmacia fechado con el nombre del medicamento o suministro médico, el número de receta y el monto pagado por el artículo. Puede llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE para solicitar ayuda con las facturas que pueda recibir de un Proveedor de atención de la salud.

Teladoc®

Este Beneficio le permite hablar con médicos certificados por el consejo médico de los Estados Unidos, por teléfono o video en línea, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esto no reemplaza a su médico de cabecera. Es una opción gratuita y fácil que lo ayudará a tratar problemas de salud que no son Emergencias, como gripe, alergias, infecciones del oído y otras más. Para hablar con un médico, llame al (800) 835-2362 o visite [Teladoc.com](https://www.teladoc.com).

SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* incluye un listado de PCP e información importante sobre ellos, que incluye:

- Nombre.
- Dirección.
- Número de teléfono.
- Horario de atención.
- Servicios de especialidad.
- Idiomas que hablan.
- Accesibilidad para discapacitados.

Además, los Miembros pueden encontrar recursos adicionales al buscar lo siguiente:

- Salas de emergencias.
- Proveedores del ESP de Salud del comportamiento.
- Hospitales.
- Proveedores de atención primaria.
- Proveedores de especialidad.
- Proveedores de salud del comportamiento.
- Farmacias.
- Proveedores auxiliares.
- Proveedores de equipo médico duradero.

Para obtener más información sobre un médico con licencia en Massachusetts, puede llamar a Physicians Profiles al (781) 876-8230. Puede llamar al número gratuito (solo en Massachusetts) (800) 377-0550. También puede visitar massmedboard.org. Physicians Profiles es un servicio de la Board of Registration in Medicine (Junta de registro en medicina). Brinda información sobre residencia, formación, idiomas hablados, etc.

Para encontrar los listados más actualizados de Proveedores de BeHealthy Partnership, ingrese en www.behealthypartnership.org y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en la esquina superior derecha. Para solicitar una copia del Directorio de proveedores, llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

Proveedores de atención primaria (PCP) y por qué son importantes

Todos los Miembros de BeHealthy Partnership tienen un PCP que forma parte de la red de profesionales de la salud. Un PCP puede ser un médico de medicina interna, un médico clínico familiar, un médico clínico general, un pediatra, un ginecólogo/obstetra. El PCP brinda y coordina la mayor parte de su atención de la salud, como atención continua, orientación sobre cómo evitar enfermedades, ayuda para diagnosticar enfermedades y cómo acudir al especialista correcto si es necesario. Su PCP es la primera persona con quien debe comunicarse cuando necesita atención de la salud, excepto en caso de Emergencia.

Todos los miembros de la familia cubiertos por el plan BeHealthy Partnership pueden tener PCP diferentes.

Para encontrar a un proveedor, visite nuestro Directorio de proveedores en línea en www.behealthypartnership.org/find-a-provider y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en la esquina superior derecha. Si quiere recibir una copia del Directorio de proveedores, llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

¿Qué puedo hacer si no estoy conforme con mi PCP?

Si desea cambiar de PCP, puede hacerlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Solo llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE para obtener ayuda para elegir un nuevo PCP.

Los cambios de PCP entran en vigencia de inmediato. Puede cambiarse a cualquier PCP participante de BeHealthy Partnership que acepte nuevos pacientes. El Directorio de proveedores muestra los PCP que no aceptan nuevos pacientes. También puede encontrar esta información en línea en www.behealthypartnership.org. Una vez en el sitio, haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en la esquina superior derecha. También puede llamar a Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

Una vez que elija a un nuevo PCP, llame a su consultorio y programe una cita. Esto permite que su PCP comience a ocuparse de sus necesidades de atención de la salud antes de que usted se enferme. Puede visitar nuestro Directorio de proveedores en línea en www.behealthypartnership.org al hacer clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en la esquina superior derecha.

Antes de su primera cita, solicite a su médico anterior que envíe sus registros médicos a su nuevo PCP. Esto lo ayuda a saber su historia médica. Cuando acuda a la cita, muestre las dos tarjetas, la de identificación de miembro de MassHealth y de BeHealthy Partnership. Después de su primera cita, llame al consultorio de su PCP cuando necesite atención de la salud. El consultorio del PCP está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Habrá alguien siempre disponible para ayudarlo. Su PCP también está allí para ayudarlo a recibir atención de Especialistas u otros médicos.

¿Qué sucede si mi PCP ya no está disponible?

Si su PCP decide abandonar la Red de proveedores de BeHealthy Partnership, se le notificará por escrito. Intentaremos cambiar su PCP en el mismo sitio. Si desea otro PCP diferente del que elegimos para usted, llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

Si su PCP se desafilia de BeHealthy Partnership, haremos lo posible por notificarle al menos 30 días antes de la Desafiliación. Podrá continuar recibiendo la cobertura de servicios de salud, de conformidad con los términos de este Manual del miembro, al menos 30 días después de la fecha de desafiliación (con excepción de la Desafiliación por motivos relacionados con la calidad o por Fraude).

Cuándo llamar a su PCP

Deseamos asegurarnos de que usted reciba los servicios correctos en el momento justo. Dígale a su PCP la siguiente información:

- Toda la atención de la salud que reciba, incluida la atención de Salud del comportamiento.
- Los medicamentos que tome.
- Los problemas de salud que pueda tener.

¿Qué sucede si no estoy seguro de si debo llamar a mi PCP o ir a una Sala de emergencias?

Si cree que usted (u otro Miembro de BeHealthy Partnership en su familia) tiene una Emergencia médica y necesita atención inmediata:

- Llame al 911.
- Llame a su número de teléfono de Emergencia local.
- Vaya a la Sala de emergencias del hospital más cercano.

Para Emergencias de salud del comportamiento, puede llamar también a su Proveedor local del ESP de salud del comportamiento. Hay una descripción más detallada de la Atención de emergencia y de lo que se debe hacer en una Emergencia más adelante en esta sección.

Si no está seguro de que se trate de una Emergencia, llame a su PCP; esto podría ahorrarle una visita innecesaria a la Sala de emergencias. Al hablar con su PCP primero, puede recibir asesoramiento rápidamente de alguien que lo conoce a usted y que conoce sus necesidades. El PCP puede decirle cómo tratar su problema en el hogar. El PCP también puede pedirle que vaya a verlo pronto. Si su PCP cree que necesita ir a la Sala de emergencias, se lo dirá.

¿Qué pasa si necesito atención fuera de horario?

Los problemas médicos pueden surgir en cualquier momento; por eso, BeHealthy Partnership exige que nuestros PCP estén a disposición de los Miembros por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene un problema de Atención de urgencia, llame al consultorio de su PCP. Si la llamada es atendida por un contestador automático, informe lo siguiente:

- Usted es Miembro de BeHealthy Partnership.
- Brinde su nombre y número de teléfono.
- Describa sus síntomas.
- Pida que el médico o enfermero le devuelvan el llamado para hablar de su problema y ayudarlo a decidir lo que hay que hacer.

Para recibir atención de Salud del comportamiento después de horario, llame primero a su Proveedor de salud del comportamiento. También puede llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de MBHP las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al número que aparece en la página 5.

¿Qué sucede si no puedo acudir a una cita programada?

La relación con su PCP es importante para su salud. Cuando falta a una cita, pierde la oportunidad de trabajar con su PCP y su equipo de atención de la salud para administrar su atención. Trate de asistir a todas sus citas médicas.

Si tiene que faltar a una, llame y cancélela. Cuando falta a una cita y no llama, puede retrasar todo en el consultorio de su proveedor de atención de la salud, afectar la programación de horarios y demorar su progreso de atención. Es posible que el consultorio de su PCP también tenga reglas si falta a su cita. Los pacientes que faltan a más de una cita sin llamar pueden ser dados de baja después de tantas citas no cumplidas. Consulte con el consultorio de su PCP para obtener más información. En ocasiones, puede resultarle imposible asistir a una cita. Es entendible. Solo llame al consultorio de su PCP para que lo ayuden a reprogramar su cita. ¡Su atención de la salud es importante!

Línea de información médica de Health New England

HNE ofrece una Línea de información médica gratuita para responder preguntas sobre su afección u otros problemas de atención de la salud. Brindamos acceso las 24 horas del día por teléfono o correo electrónico a un clínico o enfermero con licencia.

Llame a la Línea de enfermería

La Línea de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana al (866-389-7613). También hay disponibles servicios de interpretación para su llamada.

Atención de la Salud del comportamiento para Miembros de BeHealthy Partnership

Igualdad de salud mental:

Las leyes estatales y federales exigen que todas las Organizaciones responsables por la atención de la salud (ACO), incluida BeHealthy Partnership, brinden servicios de Salud del comportamiento a Miembros de MassHealth del mismo modo que brindan servicios de salud física. A esto se denomina "igualdad". En general, esto significa que:

1. BeHealthy Partnership debe brindar el mismo nivel de beneficios para problemas de trastornos por consumo de sustancias y de salud mental que pueda tener que para otros problemas físicos.
2. BeHealthy Partnership debe tener requisitos de Autorización previa y limitaciones de tratamiento para servicios de trastornos por consumo de sustancias y de salud mental similares a los servicios de salud física.
3. BeHealthy Partnership debe brindarle a usted o a su Proveedor los criterios de necesidad médica utilizados por HNE para la Autorización previa a pedido suyo o de su Proveedor.
4. BeHealthy Partnership también debe brindarle, dentro de un plazo razonable, el motivo de rechazo de la Autorización para los servicios de trastornos por consumo de sustancias o de salud mental.

Si cree que BeHealthy Partnership no brinda la igualdad que se menciona anteriormente, tiene derecho a presentar una Queja formal ante HNE, Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP) o MassHealth. Para obtener más información sobre las Quejas formales y cómo deben presentarse, consulte la sección *“Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”* de su Manual del miembro.

También puede presentar una Queja formal directamente ante MassHealth. Para esto llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TTY: [800] 497-4648), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP) es un socio de Salud del comportamiento de BeHealthy Partnership. Brinda todos los servicios de Salud del comportamiento a los Miembros. MBHP administra los servicios de trastornos por consumo de sustancias y de salud mental para Miembros del plan. MBHP trabaja con Miembros de BeHealthy Partnership, sus familias, asesores, proveedores y otras partes interesadas. MBHP ha creado un sistema comunitario de atención que combina la atención primaria y la salud mental. Esta sección de su Manual del miembro, junto con la lista de Servicios cubiertos, lo ayudará a entender los Servicios cubiertos de Salud del comportamiento y los beneficios que recibe como Miembro de BeHealthy Partnership.

Si necesita ayuda con sus beneficios de Salud del comportamiento, llame a MBHP en cualquier momento al número gratuito que figura en la página 5. También puede llamar y hablar con un representante de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

MBHP y los representantes de BeHealthy Partnership están disponibles si:

- Tiene preguntas sobre sus beneficios y servicios de Salud del comportamiento o si desea más información sobre cómo recibir estos servicios.
- Necesita ayuda para leer el material que recibe sobre sus servicios de Salud del comportamiento.
- Necesita las versiones en español de los materiales que recibe sobre sus servicios de Salud del comportamiento.
- Necesita hablar con un intérprete sobre sus servicios de Salud del comportamiento.

MBHP tiene Proveedores de salud del comportamiento en toda el Área de servicio de BeHealthy Partnership, en la que se incluye Northampton, Holyoke, Springfield y Westfield. No es necesaria una Derivación de su Proveedor de atención primaria para ver a un Proveedor de salud del comportamiento de MBHP.

Llame a Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que aparece en la página 5 de este Manual del miembro para solicitar un Directorio de proveedores de BeHealthy Partnership. El Directorio de proveedores de BeHealthy Partnership incluye una lista de Proveedores de salud del comportamiento de BeHealthy Partnership y una lista de los ESP en todo el estado, que lo ayudarán en caso de crisis. También puede visitar el sitio web de BeHealthy Partnership en www.behealthypartnership.org y hacer clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en la esquina superior derecha. Para elegir un nuevo Proveedor de salud del comportamiento o para cambiarse a otro diferente, llame a MBHP y ellos lo ayudarán a encontrar otro

Proveedor.

¿Qué sucede si mi Proveedor de salud del comportamiento ya no está disponible?

Le informaremos por escrito cuando su Proveedor de salud del comportamiento decida abandonar la Red de proveedores de BeHealthy Partnership. Para seleccionar un nuevo Proveedor de salud del comportamiento, llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de MBHP al número que figura en la página 5. Si desea mantener su proveedor, visite [Mass.gov/service-details/fixed-enrollment-period](https://www.mass.gov/service-details/fixed-enrollment-period). Obtendrá más información sobre la inscripción fija y la solicitud de excepciones para seguir con su PCP.

Si su Proveedor de salud del comportamiento está desafiado de BeHealthy Partnership, haremos lo posible por notificarle al menos 30 días antes de la entrada en vigencia de la Desafiliación (excepto si la Desafiliación es por motivos de calidad o Fraude).

¿Qué pasa si necesito atención fuera de horario?

Para recibir atención de Salud del comportamiento después de horario, llame primero a su Proveedor de salud del comportamiento. También puede llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de MBHP las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al número de teléfono de MBHP que aparece en la página 5.

Atención especializada

Puede recibir atención de un Especialista de la red de BeHealthy Partnership sin una Derivación; sin embargo, el PCP es la mejor persona que puede ayudarlo a encontrar a un Especialista en nuestra red y coordinar su atención de la salud. Estos son ejemplos de Especialistas:

- Cardiólogo (médico especialista en el corazón).
- Audiólogo (médico especialista en audición).
- Alergista (médico especialista en alergias).
- Neurólogo (médico especialista en el cerebro y el sistema nervioso).

Antes de verlo, algunos Especialistas necesitarán obtener información sobre su salud y sus necesidades de parte del PCP. El Especialista le enviará un informe completo a su PCP. Los Especialistas en salud del comportamiento enviarán este informe solo con su permiso por escrito. Este informe ayudará a su PCP a decidir sobre cualquier atención adicional que pueda necesitar.

Atención especializada fuera de la red

Puede visitar a la mayoría de los Especialistas fuera de la red solo si BeHealthy Partnership aprueba esto previamente. Los servicios suministrados por Especialistas fuera de la red requieren de Autorización previa.

Si hay Proveedores de la red que ofrecen el servicio, BeHealthy Partnership solo aprobará las solicitudes de servicio Fuera de la red en circunstancias especiales. Antes de programar una cita o buscar atención de la salud de un Especialista fuera de la red, incluido un Proveedor de salud del comportamiento, pida a su PCP o Proveedor a cargo que envíe una solicitud de Autorización a BeHealthy Partnership. Después de revisar la solicitud, le notificaremos a usted y a su Proveedor nuestra decisión por escrito. Si no recibe aprobación escrita de BeHealthy Partnership para la Atención especializada fuera de la red, BeHealthy Partnership no cubrirá los servicios solicitados. Tenga en cuenta que un Miembro puede ver a cualquier Proveedor de servicios de planificación familiar con contrato con MassHealth, incluso si el Proveedor no forma parte de la Red de BeHealthy Partnership. No se requiere Autorización previa. Para obtener más información, consulte la sección “Autorizaciones previas”.

Segunda opinión

Tiene derecho a recibir una Segunda opinión de un Proveedor del plan y de pedir que BeHealthy Partnership pague la consulta de la Segunda opinión. Se requiere una Autorización previa cuando se solicita una

Segunda opinión a un Proveedor que no forma parte de la Red de proveedores de BeHealthy Partnership. Para solicitar asistencia para localizar un Proveedor de BeHealthy Partnership que pueda brindarle una Segunda opinión, contacte a su Proveedor de atención primaria o llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

Atención hospitalaria que no sea de emergencia

Si necesita atención hospitalaria y no se trata de una Emergencia, su Proveedor hará los arreglos para su hospitalización. Debe acudir al hospital que especifique su Proveedor para que BeHealthy Partnership cubra su atención hospitalaria.

Servicios de planificación familiar

Entre los Servicios de planificación familiar se incluyen:

- Métodos anticonceptivos.
- Exámenes.
- Asesoramiento.
- Pruebas de embarazo.
- Algunos análisis de laboratorio.

Su PCP puede ayudarlo a encontrar Servicios de planificación familiar. Para encontrar un Proveedor de servicios de planificación familiar, puede ingresar en www.behealthypartnership.org. Haga clic en “Find a Provider” (Buscar un Proveedor) en la esquina superior derecha. También puede llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro para pedir ayuda. También puede pedir una copia impresa del Directorio de proveedores de BeHealthy Partnership en nuestro departamento de Servicios de Atención al Miembro.

No necesita Autorización para ver a un Proveedor de servicios de planificación familiar de MassHealth o de BeHealthy Partnership.

Estándares de atención

Estándares de acceso a la atención de la salud

Debe poder recibir atención de la salud cuando la necesite, de manera oportuna. Nuestros Proveedores reciben instrucciones respecto de con qué rapidez deben brindarle servicios, según el estado de su enfermedad. Estas normas de la rapidez con la cual un Proveedor debería atenderlo se denominan “estándares de acceso”.

Tiene derecho a presentar una Apelación (consulte la sección “*Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones*” para obtener información sobre cómo presentar una Apelación) si tiene que esperar más tiempo del que indican los siguientes estándares de acceso para cada tipo de servicio.

<i>Tipo de servicio</i>	<i>Puede obtenerlo...</i>
Atención médica	
<i>Servicios de emergencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente, las veinticuatro (24) horas del día, los siete días de la semana, cuando vaya a una Sala de emergencias u otro Proveedor de atención de la salud de servicios de Emergencia. También tiene cobertura para transporte en ambulancia y Servicios de atención de posestabilización relacionados con una Emergencia.
<i>Atención de urgencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de su solicitud.
<i>Atención primaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La atención no urgente sintomática debe estar disponible dentro de los diez días calendario de su solicitud. • La atención de rutina asintomática debe estar disponible dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario de su solicitud.

<i>Atención médica de especialidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención no urgente sintomática dentro de los 30 días de su solicitud de una cita. • Atención de rutina asintomática dentro de los sesenta (60) días calendario de su solicitud de una cita.
Salud del comportamiento	
<i>Servicios de emergencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente, las veinticuatro (24) horas del día, los siete días de la semana, cuando vaya a una Sala de emergencias, a un Proveedor del ESP u otro Proveedor de atención de la salud de servicios de Emergencia. También tiene cobertura para transporte en ambulancia y Servicios de atención de posestabilización relacionados con una Emergencia.
<i>Atención de urgencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de su solicitud.
<i>No urgente, sintomática y asintomática</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de los diez días hábiles de su solicitud.
<i>Al momento del alta, los miembros que sean Pacientes internados o de un entorno de Servicios alternativos a la internación de 24 horas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios alternativos a la internación de menos de 24 horas dentro de los dos (2) días calendario. • Administración de los medicamentos dentro de los 14 días calendario. • Otros servicios para pacientes ambulatorios dentro de los siete días calendario. • Servicios de coordinación de atención intensiva (Intensive Care Coordination, ICC) dentro de las 24 horas de la derivación, incluida la autoderivación que ofrece entrevista personal con la familia.
Niños bajo Tutela o Custodia del Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Child and Family Services, DCF)	
<i>Niños bajo tutela o custodia del DCF</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección de atención de la salud dentro de los siete días calendario después de que el empleado del DCF lo solicite. • Un examen médico completo dentro de los 30 días calendario después de que usted o el empleado del DCF lo solicite (a menos que se necesite un plazo menor según el cronograma de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos [Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT]).

INSCRIPCIÓN DEL MIEMBRO, DESAFILIACIÓN Y TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN

La inscripción en BeHealthy Partnership comienza cuando recibimos la notificación de su Inscripción de parte de MassHealth. Le enviaremos por correo postal una Tarjeta de identificación de miembro dentro de los quince (15) días hábiles de su Inscripción en BeHealthy Partnership. Su Tarjeta de identificación de miembro es válida, y BeHealthy Partnership es responsable de brindarle todos sus Servicios cubiertos, a partir de la Fecha de entrada en vigencia de su Inscripción. Los Servicios cubiertos se enumeran al final. Si no recibe su tarjeta, llame a Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

Cuando se inscriba en BeHealthy Partnership, será aceptado, independientemente de lo siguiente:

- Condición física o mental
- Edad
- Sexo
- Orientación sexual
- Religión
- Discapacidad física o mental
- Etnia o raza
- Condición previa de Miembro
- Afecciones preexistentes
- Estado de salud esperado

Portal en línea para miembros

Tiene acceso a nuestro Portal en línea para miembros en www.behealthypartnership.org. Aquí, podrá visualizar todos sus beneficios y reclamaciones de atención de la salud, en un solo lugar.

Solo tiene que ingresar en my.HealthNewEngland.org y registrarse. Tendrá acceso a lo siguiente:

- Ver las reclamaciones médicas y de farmacia recientemente procesadas.
- Cambiar su selección de PCP al encontrar uno que acepte nuevos pacientes.
- Consultar beneficios incluidos en su plan de salud.
- Obtener un acceso rápido a Teladoc, su beneficio de telesalud.

Desafiliación

MassHealth ahora inscribe durante un Período de selección de plan. Cuando finaliza el Período de selección de plan, empieza un período de Inscripción fija. Esto significa que no podrá cambiarse a un nuevo plan de salud hasta el próximo Período de selección de plan, excepto en ciertos casos. Para obtener más información sobre estas excepciones, visite www.mass.gov/service-details/fixed-enrollment-period o llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al número que aparece en la página 5.

Desafiliación voluntaria

Para desafiliarse del plan BeHealthy Partnership, MassHealth le enviará la solicitud a BeHealthy Partnership. Cuando recibamos la solicitud, su membresía finalizará un (1) día hábil después de recibirse la solicitud de parte de MassHealth. Después de la desafiliación, el plan BeHealthy Partnership seguirá brindando cobertura para:

- Servicios cubiertos hasta la fecha de Desafiliación.
- Equipos pedidos en forma personalizada y aprobados antes de la Desafiliación, aunque no se hayan entregado hasta después de la Desafiliación.

Desafiliación del miembro por pérdida de elegibilidad

Si pierde la Elegibilidad para la cobertura de MassHealth, MassHealth lo desafiliará del plan BeHealthy Partnership. A partir de la fecha de su Desafiliación de MassHealth, ya no calificará para la cobertura. Si MassHealth decide que usted califica para MassHealth nuevamente, podrá inscribirse otra vez en BeHealthy Partnership sin tener que hacer nada.

Desafiliación de miembro por causa justificada

En ocasiones, BeHealthy Partnership puede presentar una solicitud por escrito ante MassHealth para desafiliar a un Miembro. Por ejemplo, si un Miembro trata al personal de manera amenazante u hostil. BeHealthy Partnership no podrá solicitar la desafiliación de un Miembro por los siguientes motivos:

- Cambio adverso en el estado de salud de un Miembro.
- Uso de servicios médicos del Miembro.
- Disminución de la capacidad mental.
- Comportamiento difícil o perjudicial a causa de sus necesidades especiales.

MassHealth decidirá si hará lugar o no a la solicitud de desafiliación del miembro de BeHealthy Partnership. En caso de que se efectúe la desafiliación, MassHealth le notificará por escrito que ha sido desafiliado. Luego, MassHealth se contactará con usted para elegir otro plan de salud.

Cómo conservar su cobertura de MassHealth

Asegúrese de renovar su cobertura de MassHealth todos los años, en el momento indicado. Esto lo ayudará a evitar la desafiliación de MassHealth o de BeHealthy Partnership. MassHealth le enviará por correo postal un formulario de verificación de Revisión de elegibilidad. Este formulario llegará entre 10 y 11 meses después de la fecha en que solicitó la cobertura de MassHealth por última vez. Si no recibe un formulario o tiene preguntas sobre cómo completar el formulario de redeterminación de MassHealth, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al número que figura en la página 5. Complete el formulario y devuélvalo a MassHealth de inmediato. Si no completa el formulario y lo devuelve a tiempo, perderá su cobertura de MassHealth y de BeHealthy Partnership.

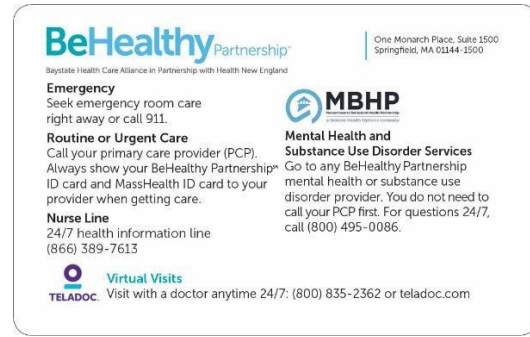
Tarjetas de identificación de miembro

Los miembros de MassHealth en el plan BeHealthy Partnership tendrán dos tarjetas de seguro. Una es su tarjeta de MassHealth y la otra es la tarjeta de BeHealthy Partnership. Hay algunos servicios que están cubiertos por BeHealthy Partnership y otros por MassHealth. No obstante, BeHealthy Partnership coordina todos los servicios.

Debe presentar su Tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership para recibir los Servicios cubiertos de un Proveedor. Usted y cada uno de los miembros de su familia inscritos en el plan BeHealthy Partnership recibirán una Tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership. Cada Tarjeta de identificación de miembro tiene información importante sobre usted y sus beneficios. También les indica a los Proveedores y farmacéuticos que usted es Miembro de BeHealthy Partnership. Siempre lleve con usted su Tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership y su identificación de MassHealth. Cuando reciba su Tarjeta de identificación de miembro, léala con atención. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Si tiene alguna pregunta o inquietud, o si pierde su tarjeta, llame a Servicios de Atención al Miembro de HNE de inmediato.

Si no recibe su Tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership, llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE. Sus representantes confirmarán que tengamos su dirección correcta.

Una muestra de la Tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership es así:



Su Tarjeta de identificación no garantiza que usted reciba los Servicios cubiertos. Para recibir los Servicios cubiertos, debe tener MassHealth y ser Miembro de BeHealthy Partnership en el momento de recibir el servicio. Si permite que otras personas usen su Tarjeta de identificación de miembro para recibir servicios que no tienen permitido recibir, dicha acción constituye un Fraude. Consulte la sección “Formularios y avisos legales” para obtener más información sobre el Fraude.

Su Tarjeta de identificación de MassHealth

Como Miembro de BeHealthy Partnership, también tendrá una Tarjeta de identificación de MassHealth. Para tener la cobertura más completa, asegúrese de llevar con usted ambas tarjetas en todo momento. Muestre ambas tarjetas, la Tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership y la Tarjeta de identificación de MassHealth, cuando reciba atención de la salud o compre un medicamento recetado. Para obtener información sobre su Tarjeta de identificación de MassHealth, llame al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al número que figura en la página 5.



BENEFICIOS DE BEHEALTHY PARTNERSHIP

Requisitos de cobertura generales

- Debe ser elegible para MassHealth. Debe estar inscrito en BeHealthy Partnership para recibir los Servicios cubiertos de BeHealthy Partnership.
- Todos los servicios deben ser “Servicios cubiertos” de BeHealthy Partnership. Encontrará la lista al final de este Manual de miembro.
- El PCP o Especialista de BeHealthy Partnership del miembro deben suministrar o coordinar la mayor parte de los servicios de atención de la salud y suministros médicos. Hay una serie limitada de servicios que pueden suministrar Proveedores de MassHealth que no sean Proveedores de BeHealthy Partnership. Estos servicios se describen en la lista de Servicios cubiertos.
- Algunos Servicios cubiertos requieren Autorización previa. Consulte la sección “Autorizaciones previas” para obtener más información sobre cómo recibir Autorización previa por Servicios cubiertos o suministros médicos.
- Todos los servicios deben ser Médicamente necesarios.

Continuidad de la atención

Continuidad de la atención significa tener cobertura por servicios durante momentos de transición.

Un ejemplo es cuando su actual Proveedor lo atiende, pero no forma parte de la Red de proveedores de BeHealthy Partnership. En su transición como nuevo Miembro, podemos brindarle cobertura para algunos servicios.

Por ejemplo:

- **Si está embarazada, puede seguir atendiéndose** con su ginecólogo/obstetra actual (incluso si no forma parte de la red) hasta el parto y el control de seguimiento dentro de las seis semanas del parto.
- También puede conservar al Proveedor durante un período limitado si recibe tratamiento cubierto en curso o control de problemas crónicos, incluidos los servicios previamente autorizados para Servicios cubiertos.

Como se exige Autorización para ver a un proveedor fuera de la red de BeHealthy Partnership, puede pedirle a su Proveedor de atención primaria que coordine esta solicitud o llame a Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

Cuando su Proveedor ya no forma parte de la Red de proveedores de BeHealthy Partnership porque se desafilió por motivos no relacionados con calidad de atención o Fraude, BeHealthy Partnership puede brindar cobertura en los siguientes casos:

- Si el Proveedor es su PCP, la Cobertura se brindará durante hasta 30 días.
- Si el Proveedor, incluido un PCP, le brinda tratamiento activo por una afección médica aguda o crónica.
- Se brindará cobertura durante hasta 90 días o hasta que se finalice el tratamiento activo, lo que ocurra primero.
- Si está embarazada, puede seguir atendiéndose con su ginecólogo/obstetra actual (incluso si no forma parte de la red) hasta el parto y el seguimiento dentro de las seis semanas desde el parto.
- Si padece una enfermedad terminal. La cobertura se aplicará a servicios suministrados hasta el fallecimiento.

BeHealthy Partnership también cubre a Proveedores que no forman parte de su Red de proveedores por los siguientes motivos:

- Un Proveedor participante dentro de la red no está disponible por motivo de distancia o viaje.

- Para minimizar la interrupción de la atención cuando las demoras para acceder a un Proveedor participante dentro de la red, que no sean las atribuibles al Miembro, causen una interrupción del acceso a Servicios médicamente necesarios.
- En ausencia de un Proveedor participante dentro de la red con calificaciones y experiencia adecuadas a las necesidades de atención de la salud del Miembro.
- En caso de enfermedad terminal donde se aplique la cobertura a servicios suministrados hasta el fallecimiento.

Para la continuidad de la atención en todas las situaciones anteriores, el Proveedor deberá hacer lo siguiente:

- Cumplir con los estándares de calidad de BeHealthy Partnership.
- Brindar a BeHealthy Partnership la información médica necesaria relacionada con la atención suministrada.
- Seguir las políticas y los procedimientos de BeHealthy Partnership, incluidos aquellos relacionados con las autorizaciones.
- Brindar servicios según un plan de tratamiento, si corresponde, aprobado por BeHealthy Partnership.

En caso de desafiliación del Proveedor, ese Proveedor deberá hacer lo siguiente:

- Aceptar el pago de BeHealthy Partnership (a las tarifas aplicadas previamente al aviso de Desafiliación) como pago total.
- No pedirle a usted ni a BeHealthy Partnership que paguen los servicios que usted o BeHealthy Partnership no hubiesen tenido que pagar *antes* de la desafiliación del Proveedor.

Si el Proveedor no acepta estas condiciones, puede denegarse la cobertura para el servicio suministrado. Si tiene alguna pregunta sobre este tema, llame a Servicios de Atención al Miembro de HNE. El número figura en la página 5.

Inicio de la cobertura mientras se encuentra hospitalizado

Su cobertura de BeHealthy Partnership puede comenzar mientras usted se encuentra hospitalizado. BeHealthy Partnership cubre su atención hospitalaria desde la Fecha de entrada en vigencia de la Inscripción.

Si era Miembro de MassHealth antes de unirse a BeHealthy Partnership, no debe pagar ningún día de hospitalización previo a su incorporación en BeHealthy Partnership.

Examen de necesidades de atención (CNS)

Inmediatamente después de que BeHealthy Partnership reciba aviso de su Inscripción, un representante lo llamará. Lo llamará para repasar sus beneficios del plan. Le preguntará si tiene alguna duda o inquietud sobre su nueva membresía en BeHealthy Partnership. En esta llamada, también le pedirá que se someta a un examen de necesidades de atención.

El examen de necesidades de atención es una herramienta para que podamos entender sus necesidades médicas, sociales y de salud mental. Sus respuestas nos ayudan a decidir los tipos de servicio de atención de la salud que debemos agregar a su centro de salud y cómo podemos ayudarlo a estar lo más saludable posible. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios de MassHealth/BeHealthy Partnership. Solo compartiremos sus respuestas con sus proveedores de atención de la salud y su seguro de salud.

Hay un formulario de Examen de necesidades de atención (Care Needs Screening, CNS) al final de su Manual del miembro. Si no puede completar el formulario usted mismo, puede hacerlo en su próxima visita al centro de salud. También puede llamar a Servicios de Atención al Miembro de BeHealthy Partnership al (413-788-0123) para solicitar asistencia.

Asistencia de transporte

Algunos Miembros de BeHealthy Partnership pueden ser elegibles para el transporte que no sea de emergencia. Este es un beneficio de MassHealth. Este transporte que no sea de emergencia se puede

coordinar para asistir a visitas de atención de la salud. Este es un servicio que BeHealthy Partnership coordina para MassHealth. Para ser elegible para este beneficio:

- No debe tener un familiar u otra persona que pueda llevarlo.
- No debe tener acceso al transporte público o debe existir un motivo médico por el cual no pueda usarlo.
- Su cita debe ser por un Servicio médicamente necesario.

Llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE para obtener más información. Debe comunicarse con debida anticipación a su cita. Para coordinar su transporte que no sea de Emergencia, llámenos con debida anticipación a su cita para que podamos programarlo.

Cómo acceder a los beneficios no cubiertos por BeHealthy Partnership que están disponibles en forma directa a través de MassHealth

Hay servicios que no están cubiertos, pero que se brindan directamente a través de MassHealth. Entre estos servicios se incluyen transporte que no sea de Emergencia a servicios de atención de la salud. Para obtener más información, llame a nuestro departamento de Servicios de Atención al Miembro. Un representante de Servicios de Atención al Miembro responderá sus preguntas sobre el servicio de MassHealth. Lo ayudará a recibir ese servicio si usted es elegible. El representante de Servicios de Atención al Miembro también puede derivarlo al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth para obtener información adicional sobre ese servicio de MassHealth.

Servicios excluidos

Excepto que de otro modo lo determine o considere necesario la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHS), los siguientes servicios no están cubiertos por MassHealth y, como tales, no están cubiertos por BeHealthy Partnership:

- Cirugía cosmética. Sin embargo, los siguientes servicios no son cosméticos y se brindarán si BeHealthy Partnership los considera Médicamente necesarios:
 - Corrección o reparación del daño posterior a una lesión o a una enfermedad.
 - Mamoplastia tras una mastectomía.
 - Otros servicios que BeHealthy Partnership determine como Médicamente necesarios o apropiados.
- Tratamiento para la infertilidad, incluidos, entre otros, los procedimientos de fertilización in vitro (In-vitro Fertilization, IVF) y transferencia intratubárica de gametos (Gamete Intrafallopian Tube, GIFT).
- Tratamientos experimentales.
- Artículos de confort personal, como equipos de aire acondicionado, radios, teléfonos y televisores.
- Servicios que de otro modo no cubre MassHealth, excepto lo que determine BeHealthy Partnership como Médicamente necesario para los Miembros de MassHealth Standard y Commonwealth menores de 21 años.
- Un servicio o suministro que no es proporcionado por un Proveedor de la red del plan BeHealthy Partnership, o bajo la dirección de este, con las siguientes excepciones:
 - Servicios de emergencia
 - Servicios de planificación familiar

Atención de la salud preventiva para niños

Los menores de 21 años deben acudir a su PCP para realizarse controles médicos. Los controles médicos se pueden hacer incluso cuando se sienten bien. Como parte del control médico de rutina, el PCP de su hijo ofrecerá exámenes. Estos exámenes son necesarios para descubrir si hay problemas de salud.

Entre los exámenes se incluyen:

- Servicios de salud.
- Servicios oftalmológicos.
- Servicios odontológicos.
- Servicios de audición.
- Servicios de salud del comportamiento (puede ayudarlo a usted y a su médico o enfermero a identificar problemas con anticipación).
- Servicios de exámenes de estado de vacunación y desarrollo.

Durante una visita de “control médico de rutina”, MassHealth exige que los PCP y enfermeros utilicen herramientas estandarizadas de examen. Estas herramientas están aprobadas por MassHealth para verificar el estado de Salud del comportamiento del niño. Las herramientas de examen son breves cuestionarios o listas de control. El padre o el hijo (según la edad del hijo) deben completarlos. Luego se habla de este asunto con el médico o enfermero. La herramienta de examen puede ser la Lista de control de síntomas pediátricos (Pediatric Symptom Checklist, PSC) o la Evaluación de estado de desarrollo de los padres (Parents Evaluation of Developmental Status, PEDS). Su PCP puede usar otra herramienta de examen. Puede pedirle a su Proveedor de atención primaria que le indique qué herramienta eligió para el examen de su hijo a fin de saber si hay problemas de Salud del comportamiento.

Su Proveedor hablará con usted sobre el examen realizado. El examen lo ayudará a usted y a su médico o enfermero a decidir si su hijo puede necesitar evaluaciones adicionales de un Proveedor de salud del comportamiento u otro profesional médico. Si usted o su médico o enfermero consideran que su hijo necesita ver a un Proveedor de salud del comportamiento, hay información y asistencia disponibles. Para obtener más información sobre cómo acceder a servicios de Salud del comportamiento, o para encontrar a un Proveedor de salud del comportamiento, hable con su Proveedor de atención primaria o enfermero, o llame al Servicio de Atención al Cliente de MBHP o Servicios de Atención al Miembro de HNE.

BeHealthy Partnership le paga al Proveedor de atención primaria de su hijo por estos controles médicos. En los controles médicos de rutina, el Proveedor de atención primaria de su hijo puede descubrir y tratar problemas menores antes de que se transformen en graves.

Estas son las edades en las cuales se lleva a un niño a los exámenes de detección y exámenes físicos completos:

Entre una y dos semanas	12 meses
Un mes	15 meses
Dos meses	18 meses
Cuatro meses	De los dos a los 20 años: los niños deben visitar a su Proveedor de atención primaria una vez al año.
Seis meses	
Nueve meses	

Los niños/adolescentes también deben consultar a su Proveedor de atención primaria siempre que haya una preocupación acerca de sus necesidades de salud médica, emocional o del comportamiento, incluso si no es el momento de realizarse un control médico regular.

Servicios de diagnóstico y pruebas preventivas pediátricas de atención de la salud (Preventive Pediatric Healthcare Screening and Diagnosis, PPHSD) para niños inscritos en MassHealth Family Assistance

Si usted o su hijo son menores de 21 años de edad y están inscritos en MassHealth Family Assistance, y si un Proveedor o clínico descubre una afección médica, BeHealthy Partnership pagará todos los Servicios médicamente necesarios cubiertos bajo su tipo de cobertura o el de su hijo.

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT) para niños inscritos en MassHealth Standard y CommonHealth

Si usted o su hijo son menores de 21 años y están inscritos en MassHealth Standard o CommonHealth, BeHealthy Partnership pagará todos los Servicios médicamente necesarios que estén cubiertos por la ley federal de Medicaid, incluso si los servicios no están en su lista de Servicios cubiertos.

En esta cobertura se incluye atención de la salud, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o mejorar defectos y enfermedades o afecciones físicas y de Salud del comportamiento.

Este tratamiento debe estar a cargo de un Proveedor calificado y dispuesto a brindar el servicio, y un médico, enfermero practicante o enfermera partera deben indicar por escrito que el servicio es Médicamente necesario.

Usted y su Proveedor de atención primaria pueden recibir ayuda de BeHealthy Partnership sobre cómo encontrar Proveedores de la red de BeHealthy Partnership que brinden estos servicios y cómo usar Proveedores fuera de la red, si fuera necesario.

Casi siempre, estos servicios están cubiertos por la cobertura de MassHealth de su hijo y se incluyen en la lista de Servicios cubiertos. Si el servicio no está cubierto o no figura en la lista, el profesional clínico o Proveedor que proporcionará el servicio puede solicitar a BeHealthy Partnership una Autorización previa. BeHealthy Partnership utiliza este proceso para determinar si el servicio es Médicamente necesario. BeHealthy Partnership pagará el servicio si se otorga la Autorización previa. Hable con el Proveedor de atención primaria, el proveedor de Salud del comportamiento u otro Especialista de su hijo para que lo ayude a obtener estos servicios.

Si se rechaza la Autorización previa, usted o su Representante de apelaciones tienen derecho a presentar una Apelación. Consulte la sección *“Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”* para obtener más información sobre los procesos de Apelaciones.

Iniciativa de Salud del Comportamiento para Niños (CBHI)

La Iniciativa de Salud del Comportamiento para Niños (Children’s Behavioral Health Initiative, CBHI) es una iniciativa interagencia de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de la Mancomunidad cuya misión es fortalecer, expandir e integrar los servicios del estado de Massachusetts en un sistema comunitario integral de atención para asegurar que las familias y los niños con necesidades significativas de salud mental, emocional y del comportamiento obtengan los servicios necesarios para tener éxito en el hogar, la escuela y la comunidad.

Los niños menores de 21 años tienen derecho a recibir servicios adicionales en virtud de la ley federal de Medicaid. Hay cambios en curso en el estado para los niños de MassHealth con trastorno emocional grave (Serious Emotional Disturbance, SED). En estos cambios se incluyen los exámenes de afecciones de Salud del comportamiento en un entorno de atención primaria, la evaluación estandarizada por parte de clínicos de Salud del comportamiento y el desarrollo de nuevos servicios comunitarios de Salud del comportamiento.

BeHealthy Partnership proporciona una gama completa de servicios de Salud del comportamiento que incluyen terapia individual, grupal y familiar, servicios “alternativos a la internación”, como la hospitalización parcial y atención para Pacientes internados. Como parte de la Iniciativa de Salud del Comportamiento para Niños, los servicios de Salud del comportamiento para ciertos niños y adolescentes menores de 21 años se ampliaron e incluyen, cuando son Médicamente necesarios, servicios comunitarios y domiciliarios, incluidas la intervención móvil de crisis, la terapia domiciliaria, los servicios de comportamiento domiciliarios, el apoyo y la capacitación para la familia, la orientación terapéutica y la Coordinación de atención intensiva (ICC).

Atención odontológica para niños

MassHealth paga los servicios odontológicos, como exámenes y limpiezas, y barniz de flúor para niños menores de 21 años.

El Proveedor de atención primaria de su hijo hará un examen odontológico en cada control médico de rutina. Si su hijo tiene hasta tres años y hubiera algún problema, su Proveedor de atención primaria sugerirá que lleve a su hijo al dentista al menos dos veces al año.

Cuando su hijo acude a un examen de rutina, el dentista le hace un control odontológico completo, limpieza dental y tratamiento con flúor. Es importante asegurarse de que su hijo reciba la siguiente atención odontológica:

- Un control odontológico cada 6 meses desde los tres años de edad.
- Una limpieza odontológica cada 6 meses desde los tres años de edad.
- Otros tratamientos odontológicos necesarios, inclusive antes de los tres años de edad, si el Proveedor o dentista de su hijo encuentran problemas en los dientes o en la salud bucal de su hijo.

El Proveedor de atención primaria de su hijo puede recomendar barniz de flúor. Este servicio es principalmente para niños de hasta tres años, pero los menores de 21 años pueden realizárselo si no tienen dentista. El barniz de flúor es un revestimiento que se aplica en los dientes muy fácilmente y que ayuda a proteger a su hijo contra las caries.

Nota:

- Los menores de 21 años inscritos en MassHealth Standard o CommonHealth pueden recibir todo tratamiento Médicamente necesario cubierto según la ley de Medicaid, incluido el tratamiento odontológico, incluso si el servicio no está cubierto de otro modo por MassHealth.
- Los menores de 21 años inscritos en MassHealth Family Assistance pueden recibir todos los Servicios médicamente necesarios cubiertos bajo su tipo de cobertura, incluido el tratamiento odontológico.
- Hable con el Proveedor de atención primaria o dentista de su hijo para que lo ayuden a obtener estos servicios.
- Los niños no necesitan Derivación para ver a un dentista de MassHealth.
- Los niños pueden visitar a un dentista antes de los tres años de edad.

Servicios de intervención temprana para niños con problemas de desarrollo o crecimiento

Los menores de 21 años tienen derecho a ciertos servicios adicionales según la ley federal. Algunos niños necesitan ayuda adicional para un crecimiento y desarrollo saludables. Los proveedores que son Especialistas en intervención temprana pueden ayudarlos. Algunos Especialistas en intervención temprana son:

- Trabajadores sociales.
- Enfermeros.
- Terapeutas físicos, ocupacionales y del habla.

Todos estos Proveedores trabajan con niños menores de tres (3) años y sus familias para asegurarse de que el niño reciba la ayuda adicional necesaria. Algunos de los servicios se brindan en el hogar y algunos en centros de intervención temprana.

Hable con el Proveedor de su hijo lo antes posible si cree que puede tener problemas de desarrollo o crecimiento. O directamente comuníquese con su programa de intervención temprana local.

Atención preventiva para adultos

La atención preventiva de rutina es importante para el mantenimiento de la salud en adultos. BeHealthy Partnership recomienda a todos los Miembros visitar a su PCP para recibir atención preventiva. Entre los ejemplos de atención preventiva cubierta para Miembros de BeHealthy Partnership mayores de 21 años se

incluyen:

Exámenes físicos	Cada 1 a 3 años.
Control de la presión arterial	Al menos cada 2 años.
Examen de colesterol	Cada 5 años.
Exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou (mujeres)	Se debe iniciar la prueba de Papanicolaou y el examen pélvico 3 años después de la primera relación sexual o a los 21 años. Cada 1 a 3 años, según factores de riesgo.
Examen de detección de cáncer de mama/mamografía	Cada año después de los 40 años.
Examen de detección de cáncer colorrectal	Cada 10 años, a partir de los 50 años.
Vacuna contra la gripe	Cada año.
Examen oftalmológico	Una vez cada veinticuatro (24) meses.
Examen de detección de diabetes	Cada tres (3) años desde los 45 años. Realizar exámenes con mayor frecuencia y desde menor edad si tiene sobrepeso y si hay factores de riesgo.
Servicios odontológicos	Llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE o a MassHealth para consultar sobre la cobertura odontológica específica disponible a través de MassHealth.

BeHealthy Partnership cubre muchos más servicios de atención preventiva. Consulte a su PCP para saber sus necesidades de atención de la salud de rutina.

Atención por maternidad

Si cree que puede estar embarazada, llame a su PCP. Su PCP programará una cita para realizar una prueba de embarazo. Si está embarazada, su PCP coordinará su atención por maternidad con un obstetra (médico especialista en embarazo) o enfermera partera.

BeHealthy Partnership cubre muchos servicios para ayudarla a tener un embarazo saludable y un bebé sano. Se le programarán controles médicos regulares durante el embarazo. Para la salud suya y de su bebé, es importante asistir a estas citas incluso si se siente bien.

Durante estas citas, su obstetra o enfermera partera controlarán el progreso de su bebé. Le explicarán cómo cuidar bien de sí misma y de su bebé en su embarazo. También cuidarán de usted cuando tenga a su bebé.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribir a su bebé recién nacido en BeHealthy Partnership, llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

SUS BENEFICIOS DE FARMACIA

BeHealthy Partnership cubre la mayoría de los medicamentos recetados y de venta libre, genéricos (no de marca) y de marca seleccionados, con receta. Deberá usar medicamentos genéricos cuando estén disponibles, a menos que su Proveedor de atención de la salud escriba “sin sustituciones” en la receta Y se haya aprobado la Autorización previa.

Consulte la lista de servicios cubiertos en el Apéndice C para obtener información sobre el copago de la farmacia.

Cómo comprar los medicamentos recetados

BeHealthy Partnership cubre muchos medicamentos recetados con Copago aplicable. Solo lleve la receta a una de las farmacias de Massachusetts que participe en BeHealthy Partnership. Las farmacias participantes incluyen la mayoría de las principales cadenas y farmacias comunitarias. Consulte el Directorio de proveedores de BeHealthy Partnership para ver una lista. También puede buscar las farmacias en línea en www.behealthypartnership.org y haga clic en “Find a Drug” (Buscar un medicamento) en la esquina superior derecha. Asegúrese de mostrar su Tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership cuando surta una receta.

Medicamentos de venta libre

Muchos medicamentos de venta libre, como los medicamentos para la tos, el resfrío y la alergia, están cubiertos con el Copago correspondiente. Puede recibir un suministro de hasta 30 días de estos medicamentos, con una receta de su Proveedor de BeHealthy Partnership.

Consumo seguro y adecuado de medicamentos recetados

Existe una serie de Programas de farmacia para fomentar el consumo seguro y adecuado de medicamentos recetados. No todos los medicamentos se encuentran en un Programa de farmacia. Los medicamentos que pertenecen a un programa tienen pautas clínicas que se deben cumplir para que tengan cobertura. Puede ver qué medicamentos pertenecen al Programa de farmacia en el sitio web de BeHealthy Partnership. Ingrese en www.behealthypartnership.org y haga clic en “Find a Drug” (Buscar un medicamento) en la esquina superior derecha. Si desea una copia de la Lista de medicamentos que figuran en el formulario, llame a nuestro departamento de Servicios de Atención al Miembro.

Si su Proveedor considera que es Medicamento necesario que usted tome un medicamento que no está cubierto o para el cual no cumple con los requisitos de BeHealthy Partnership, puede presentar una solicitud de Autorización previa. El clínico revisará esta solicitud y, si el medicamento es Medicamento necesario, BeHealthy Partnership lo cubrirá. Si se rechaza la solicitud de Autorización previa, usted o su Representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “*Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones*” de este Manual del miembro para obtener información sobre las Quejas formales y Apelaciones. Si desea obtener más información sobre los Programas de farmacia, visite nuestro sitio web en www.behealthypartnership.org o bien puede llamar a nuestro departamento de Servicios de Atención al Miembro.

Límite de cantidad

Algunos medicamentos pueden tener límites para garantizar el uso seguro y adecuado. Estos límites se basan en programas de dosis recomendados y en la disponibilidad de diversas concentraciones del medicamento. Los límites de cantidad se aplican en forma automática en el momento de la compra de los medicamentos recetados. Si su Proveedor considera que son médicamente necesarias cantidades mayores que las especificadas, podrá presentar una solicitud de Autorización previa que el clínico revisará. Si se aprueba, BeHealthy Partnership cubrirá el medicamento. Si se rechaza la solicitud de Autorización previa, usted o su Representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “*Inquietudes,*

consultas, quejas formales y apelaciones” para obtener más información sobre las Quejas formales y Apelaciones.

Política de medicamentos genéricos obligatorios

La ley de Massachusetts exige que un Miembro pruebe la versión genérica de un medicamento antes de considerar la cobertura del medicamento de marca. Si su Proveedor de atención de la salud considera Médico necesario para usted recibir un medicamento de marca, deberá escribir “sin sustituciones” en las recetas y solicitar Autorización previa a BeHealthy Partnership. Un medicamento genérico es el mismo medicamento y funciona igual que el de marca.

Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos como seguros, y son equivalentes al medicamento de marca original. Además, hay en general múltiples fabricantes de un medicamento genérico que pueden tener un menor costo en comparación con la alternativa de marca.

La Autorización previa se exige para excepciones de los beneficios de farmacia de medicamentos genéricos obligatorios de BeHealthy Partnership. Si ya probó el equivalente genérico y desea apelar la política de medicamentos genéricos obligatorios, puede contactarse con el departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

Autorización previa

Algunos medicamentos siempre exigen Autorización previa. Si su Proveedor lo considera Médico necesario, puede presentar una solicitud de Autorización previa, que un clínico revisará, y si el medicamento es Médico necesario, BeHealthy Partnership cubrirá el medicamento. Si se rechaza la solicitud de Autorización previa, usted o su Representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Consulte la sección *“Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”* para obtener más información sobre las Quejas formales y Apelaciones.

Terapia escalonada

Algunos tipos de medicamentos tienen muchas opciones. También hay pasos necesarios para tener cobertura de ciertos medicamentos. Este programa requiere que un Miembro pruebe ciertos medicamentos de primer nivel (genéricos) antes de que BeHealthy Partnership pueda cubrir otro medicamento de ese tipo. Si usted y su Proveedor consideran que un medicamento de primer nivel no es adecuado para tratar una afección médica, su Proveedor puede presentar una solicitud de Autorización previa, que un clínico revisará, y si el medicamento es Médico necesario, BeHealthy Partnership cubrirá el medicamento. Si se rechaza la solicitud de Autorización previa, usted o su Representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Consulte la sección *“Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”* para obtener más información sobre las Quejas formales y Apelaciones.

Programa de farmacia de especialidad BriovaRx

El Programa de farmacia de especialidad ofrece una manera menos costosa de adquirir medicamentos inyectables caros que se usan para el tratamiento de afecciones médicas complejas.

Ciertos medicamentos y medicinas inyectables están cubiertos solo si se obtienen en una farmacia de especialidad que forme parte de la lista preferida. Hay disponible una lista completa de medicamentos incluidos en el Programa de farmacia de especialidad, junto con la lista de farmacias de especialidad participantes, en nuestro sitio web. Visite www.behealthypartnership.org y haga clic en “Find a Drug” (Buscar un medicamento) en la esquina superior derecha. Su Proveedor de atención de la salud puede ayudarlo con la compra de medicamentos de especialidad cubiertos.

Si su medicamento está incluido en el Programa de farmacia de especialidad, comuníquese con su

Proveedor, que lo ayudará a completar y enviar un formulario de Derivación de recetas nuevo al Programa de farmacia de especialidad BriovaRx. No podrá obtener medicamentos de especialidad a través de nuestras otras farmacias participantes De la red y solo podrá adquirir medicamentos mediante nuestra farmacia de especialidad preferida.

La Farmacia de especialidad BriovaRx tiene experiencia en la entrega de los medicamentos que brinda, y ofrece servicios especiales no disponibles en farmacias minoristas tradicionales, incluidos los siguientes:

- Todos los medicamentos y suministros necesarios para la administración (sin cargo adicional).
- Opciones de entrega conveniente en su domicilio o consultorio con entrega el mismo día o al día siguiente, disponibles si son Medicamento necesarias.
- Acceso a enfermeros, farmacéuticos y coordinadores de atención especializados en el tratamiento de su afección, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para brindar apoyo e información práctica sobre sus medicamentos.
- Control y asesoramiento de cumplimiento y recursos de formación de seguimiento clínico sobre el uso de medicamentos, efectos secundarios y administración de inyecciones.

Para obtener asistencia adicional o si tiene preguntas sobre el Programa de farmacia de especialidad BriovaRx, llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

¿Qué es BriovaRx?

BriovaRx es un Proveedor de farmacia de especialidad líder. Los profesionales médicos en BriovaRx están para ayudarlo a obtener el mejor resultado de su tratamiento. BriovaRx brinda información para pacientes y apoyo clínico, facilita beneficios de seguro y le brinda recordatorios de reposiciones. El personal de BriovaRx está compuesto de enfermeros y farmacéuticos clínicamente capacitados. Son expertos en las afecciones de especialidad para las cuales recibe tratamiento.

¿A dónde tengo que ir para recibir mi medicamento de especialidad?

BriovaRx le entregará sus medicamentos cuando los necesite, donde los necesite (en su domicilio o en consultorio del médico). Lo mejor es que no hay cargo de envío. BriovaRx ofrece un excelente servicio y responsabilidad con llamadas recordatorias de reposiciones a su disposición todos los meses para mantener el cumplimiento de sus necesidades de terapia. En resumen, entre las ventajas de BriovaRx se incluyen:

- **Entrega gratuita** del medicamento en su domicilio dentro de las 24 a 48 horas del pedido.
- **Acceso directo a un experimentado equipo de Administración de la atención** de farmacéuticos y enfermeros disponibles, gratis, las 24 horas del día, los 365 días del año.
- **Material de formación**, apoyo o información de instrucción domiciliaria.
- **Suministros auxiliares**, como jeringas y agujas, sin costo adicional.
- **Coordinación integral de la atención** que incluye recordatorios de reposiciones e interacción continua con el médico en relación con su medicamento.

¿Cómo me comunico con BriovaRx?

Puede llamar a BriovaRx al (877) 633-4807 (TTY: [866] 618-6907)

Programa de medicamentos nuevos en el mercado

Revisamos los medicamentos nuevos para confirmar si son seguros y para asegurarnos de que funcionan, antes de agregarlos a la lista de medicamentos. Si su Proveedor considera que un medicamento nuevo en el mercado es Medicamento necesario, podrá presentar una solicitud de Autorización previa que el clínico revisará. Si se aprueba, BeHealthy Partnership cubrirá el medicamento.

Si se rechaza la solicitud de Autorización previa, usted o su Representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Consulte la sección *“Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”* para obtener más información sobre las Quejas formales y Apelaciones.

Limitaciones

Hay una serie de medicamentos recetados para los cuales la cobertura es limitada. BeHealthy Partnership solo cubre medicamentos Médicamente necesarios para atención preventiva o para el tratamiento de enfermedades, lesiones o embarazo.

Excepciones

Usted o su Proveedor pueden solicitar una excepción de cobertura de cualquier medicamento que no esté cubierto en general o que tenga cobertura limitada. Solo se pueden otorgar excepciones por motivos clínicos. Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro departamento de Servicios de Atención al Miembro.

Servicios excluidos

El beneficio de medicamentos recetados de BeHealthy Partnership cuenta con una lista abierta de Medicamentos preferidos, donde se excluyen los siguientes medicamentos o servicios. No obstante, si usted o su Proveedor consideran que es Médicamente necesario que tome un medicamento de la lista, pueden presentar una solicitud de Autorización que un clínico analizará. Si se aprueba, BeHealthy Partnership cubrirá el medicamento. Si se rechaza la solicitud de Autorización previa, usted o su Representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Consulte la sección *“Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”* para obtener más información sobre las Quejas formales y Apelaciones.

Entre las exclusiones se incluyen:

- Suplementos dietarios¹.
- Aparatos o dispositivos terapéuticos (excepto indicación)¹.
- Productos biológicos, agentes de inmunización o vacunas².
- Sangre o plasma sanguíneo².
- Medicamentos que tome o se le administren a una persona, en forma total o parcial, mientras es paciente en un hospital con licencia, residencia de ancianos o institución similar que opere en sus instalaciones, o permita operar en sus instalaciones a un centro para entrega de productos farmacéuticos².
- Cargos por administración o inyección de un medicamento².
- Si hay disponible un medicamento genérico aprobado por la FDA, no está cubierto el equivalente de marca.
- Esteroides anabólicos.
- Suplementos de progesterona.
- Vitaminas/suplementos de flúor después de los 13 años de edad.
- Los medicamentos con el único fin de fomentar o estimular el crecimiento del cabello, o solo para fines cosméticos.
- Medicamentos con la etiqueta “Caution – limited by federal law to investigational use” (Precaución: limitado por ley federal a uso de investigación) o medicamentos experimentales, aunque se cobre un cargo.
- Medicamentos para los cuales el costo pueda recuperarse en virtud de la Ley de Enfermedad Ocupacional o de Compensación de los trabajadores, o cualquier agencia gubernamental o estatal, o medicamentos entregados por otro servicio médico o de medicamentos por el cual no se cobre un cargo al Miembro.
- Si se repone un medicamento recetado y se supera la cantidad de reposiciones que especificó el médico, o si se entrega una reposición después de un año de la orden original del médico.

BeHealthy Partnership tiene una serie de herramientas en línea para ayudarlo a entender sus beneficios de medicamentos recetados. Ingrese en nuestro sitio web en www.behealthypartnership.org y haga clic en

“Find a Drug” (Buscar un medicamento) en la esquina superior derecha para ver la lista de medicamentos cubiertos. También puede comunicarse con el departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

¹Cubiertos en ciertas circunstancias según el beneficio de equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME).

²Cubiertos en ciertas circunstancias según el beneficio médico.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

BeHealthy Partnership sabe lo difícil que puede ser para usted padecer una afección de la salud. Estamos aquí para ayudarlo. Deseamos trabajar con usted para asegurarnos de que se mantenga lo más saludable posible. BeHealthy Partnership brinda recursos a su Proveedor de atención primaria (PCP) y a su equipo de centro de salud. Estos recursos ofrecen un enfoque combinado para la coordinación y administración de la atención. Estos recursos ayudan incluso con necesidades de atención de la salud complejas y apoyo para servicios de salud mental y abuso de sustancias.

Hable con su PCP para conocer las opciones de Administración de la atención si necesita ayuda. Tal vez deba administrar múltiples situaciones, servicios o Proveedores a la vez. Las situaciones pueden ser de naturaleza médica, social, ambiental o del comportamiento. Los servicios pueden estar relacionados con prevención, bienestar, enfermedad y tratamiento, o pueden estar relacionados con la vivienda. Entre los Proveedores se pueden incluir su PCP o el de un familiar, Especialistas, otros Proveedores de atención de la salud, como agencias de atención de la salud a domicilio, y el personal de agencias del estado.

Su PCP se ocupa de la Administración de la atención para situaciones médicas y MBHP ofrece Administración de la atención para situaciones de Salud del comportamiento. Los servicios del programa de Administración de la atención destacan la prevención, la Continuidad de la atención y la coordinación de servicios en todos los Proveedores y entornos. Los miembros pueden identificarse como elegibles para la Administración de la atención mediante varias maneras. Un empleado de MBHP, usted u otro miembro de su equipo de atención de la salud (incluido un Proveedor de salud del comportamiento) pueden derivarlo para que hable con su PCP sobre la Administración de la atención.

Los programas de Administración de la atención tienen un equipo específico compuesto de empleados clínicos y no clínicos. En el personal de Administración de la atención se incluyen:

- Facilitadores de atención.
- Enfermeros administradores de casos.
- Trabajadores sociales.
- Clínicos de salud del comportamiento.
- Enfermeros practicantes.
- Enfermeros registrados de práctica avanzada.
- Educadores para la salud.
- Miembros del personal de coordinación de la atención de consultorios médicos y centros de salud comunitarios.
- Otros miembros de la Red de proveedores.

BeHealthy Partnership ofrece dos categorías distintas de programas que brindan servicios a nuestros Miembros. Las dos categorías de programas son nuestro Programa de bienestar y la Administración clínica intensiva (Intensive Clinical Management, ICM).

Programa de bienestar

Mantenerse sano es importante, y estamos aquí para ayudarlo con las actividades de salud y bienestar. BeHealthy Partnership ofrece programas gratuitos de salud y bienestar para todos nuestros Miembros. Estamos aquí para ayudarlo con las actividades de salud y bienestar. En este programa se incluyen diversos tipos de clases de salud, acceso al portal WebMD, donde los miembros pueden encontrar recetas, herramientas y temas para ayudar a administrar su salud.

Es probable que sea difícil vivir con una afección que pueda ser para toda la vida. Nuestra meta es ayudarlo a mejorar su salud. Nos aseguraremos de que conozca maneras para tratar de mantenerse saludable. Ayudaremos en su relación con el Proveedor. Nuestro programa trabaja para ayudar a evitar que su afección empeore. Trabajaremos con usted para ayudarlo a tratar su afección de la mejor manera posible.

Si necesita más información sobre los programas de Bienestar de BeHealthy Partnership, ingrese en www.behealthypartnership.org o llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

Administración clínica intensiva (ICM)

Este programa es para Miembros de BeHealthy Partnership que tengan problemas psicosociales o de Salud del comportamiento, a veces junto con problemas médicos. Se pueden unir al programa de la ICM tanto adultos como niños. El programa de la ICM es voluntario. En general, la ICM es un programa a corto plazo. Este programa se asocia con los Miembros y sus Proveedores de tratamiento para coordinar y aprovechar al máximo recursos para lo siguiente:

- Atención.
- Evaluación.
- Planificación de la atención.
- Planificación de alta.
- Movilización de recursos.

El programa está diseñado para ser de naturaleza flexible. El programa está diseñado para cumplir las necesidades individuales de los Miembros. El administrador de casos trabaja activamente con el miembro y su equipo de atención de la salud para ser un defensor. El administrador de casos también ayuda a vincularse con los apoyos y servicios necesarios. El administrador de casos facilitará la coordinación con la familia y otras partes involucradas. Se desarrolla un plan de atención individualizada con el aporte y la conformidad del Miembro y de su equipo de atención de la salud. El plan de atención fija las metas a corto y largo plazo. El plan de atención identifica recursos para ayudar a cumplir las metas. La ICM se ofrece a través de clínicos con licencia que brindan servicios por teléfono con los Miembros y Proveedores de atención y mediante la asistencia a reuniones de planificación de atención. Si tiene problemas de salud, BeHealthy Partnership tiene administradores de atención que pueden ayudarlo a usted y a su Proveedor de atención de la salud. Esto lo ayudará a recibir la atención que necesita. Nuestros administradores de atención pueden ayudarlo con las necesidades de atención de Salud del comportamiento y atención médica.

Servicios especializados de administración de la atención de Salud del comportamiento para Miembros

MBHP ofrece servicios especializados de Administración de la atención para Miembros con problemas específicos de Salud del comportamiento. MBHP brinda los siguientes servicios especializados de Administración de la atención para Miembros de BeHealthy Partnership:

- **La difusión específica** proporciona ayuda a corto plazo para Miembros preocupados por recibir atención de Salud del comportamiento y servicios comunitarios. MBHP utiliza recursos específicos para que usted reciba la ayuda que necesita. Entre los servicios se incluyen encontrar transporte de ida y vuelta al consultorio del Proveedor de salud del comportamiento. Para obtener estos servicios, debe ser elegible.
- **La Coordinación de la atención** ayuda a los Miembros con necesidades de Salud del comportamiento y se asegura de que reciban los servicios correctos. MBHP coordina todos los diferentes servicios que usted recibe para ayudarlo. También lo ayuda a entender y a hacer lo que su Proveedor le indica. MBHP trabaja con usted (y con su familia, si así lo desea) para desarrollar un plan de prevención de crisis para que se mantenga saludable y evite tener que ir a un hospital.
- **La Administración clínica intensiva (ICM)** es para Miembros con necesidades importantes de Salud del comportamiento. Estos Miembros pueden verse en la necesidad de ir al hospital con frecuencia. La ICM coordina todos los Servicios cubiertos. También brinda la asistencia que usted pueda necesitar. Los administradores de atención trabajan con usted y con sus proveedores para coordinar su atención médica y sus servicios de Salud del comportamiento. Nuestra meta es ayudarlo a evitar una crisis. Le brindamos ayuda para vivir en comunidad. Si está embarazada y tiene problemas de trastornos por consumo de sustancias o alcohol, puede calificar para los

servicios de la ICM. Los servicios de la ICM ayudan a mantenerla saludable a usted y a su bebé. La ICM puede ayudarla a tener un Proveedor clínico que se enfoque en ayudar a mujeres embarazadas con problemas de trastornos por consumo de sustancias o alcohol.

Si tiene preguntas sobre la Administración de la atención especializada u otros servicios de Salud del comportamiento y cómo obtenerlos, consulte a su PCP. También puede visitar www.behealthypartnership.org/benefits o llamar a MBHP al número que figura en la página 5. La línea de acceso clínico de MBHP está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

AUTORIZACIONES PREVIAS

Se necesita una aprobación especial antes de recibir algunos Servicios cubiertos. Esto se denomina Autorización previa. No todos los Servicios cubiertos necesitan Autorización previa. Si un Servicio cubierto necesita Autorización previa, debe obtenerla *antes* de recibir el servicio. En caso contrario, el servicio no estará cubierto. Su Proveedor de atención primaria u otro Proveedor a cargo será la persona a la cual se le pedirá Autorización previa, si es necesaria. Pida ayuda a su PCP para saber cuáles son las Autorizaciones necesarias antes de recibir servicios. También puede consultar la sección de servicios cubiertos en el reverso de este manual o llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

Los Servicios cubiertos le informan qué servicio necesita una Autorización previa. La lista le indicará si necesita Autorización previa de BeHealthy Partnership, MassHealth o MBHP. Esta lista se encuentra al final de este libro.

Estos son algunos ejemplos de Servicios cubiertos que necesitan Autorización:

- Fisioterapia.
- Terapia del habla.
- Admisiones electivas.
- Ciertos servicios de Salud del comportamiento, incluida la atención psiquiátrica para Pacientes internados.

Su PCP y el equipo de atención deberán saber dónde enviar las solicitudes de Autorización previa para qué servicio:

- Para algunos servicios de Salud del comportamiento, la solicitud de Autorización se dirige a MBHP.
- Para algunos servicios que no sean de Salud del comportamiento, la solicitud de Autorización se dirige a BeHealthy Partnership.

Su Proveedor puede solicitar una decisión acelerada (rápida) de Autorización previa si considera que el tiempo estándar de decisión de la Autorización puede poner en grave peligro:

- Su vida.
- Su salud.
- Su capacidad de lograr, mantener o recuperar la funcionalidad máxima.

BeHealthy Partnership revisa todas las solicitudes y tomará decisiones dentro de los plazos de tiempo que se enumeran a continuación.

Tipos de Autorización previa y plazos para la toma de decisiones y notificación

Tomamos decisiones de Autorización previa para ayudarlo a recibir atención lo antes posible. También tomamos decisiones según sus necesidades de atención de la salud. Para solicitudes estándar de Autorización previa, siempre tomamos decisiones dentro de los 14 días calendario después de que su Proveedor nos envía la solicitud. A veces, su Proveedor puede solicitar una decisión (“rápida”) sobre una Autorización previa. BeHealthy Partnership tarda 72 horas, después de recibir la solicitud de Autorización previa “rápida”, para tomar una decisión.

Este plazo para Autorizaciones previas estándares o aceleradas (rápidas) se puede extender 14 días más si:

- Usted o su Proveedor de atención de la salud solicitan una extensión.
- BeHealthy Partnership pueden dar un buen motivo por el cual:
 - Le será útil la extensión.
 - Hay necesidad de información adicional en los siguientes casos.
 - La información adicional ayudaría a que obtenga aprobación de la solicitud de Autorización.
 - Se espere razonablemente recibir la información pendiente dentro de los 14 días calendario.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le enviaremos una carta a usted y a su Proveedor. Esta carta explicará el motivo por el cual necesitamos más tiempo para tomar la decisión. Les informaremos a usted y a su Representante de apelaciones cómo presentar una Queja formal si no está de acuerdo con nuestra decisión de extensión. Puede encontrar más información sobre cómo presentar una queja formal en la sección *“Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”*. También puede llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE para obtener más información.

Usted o su Representante de apelaciones pueden presentar una Apelación interna si BeHealthy Partnership excede el plazo establecido para tomar decisiones de Autorización previa. Si necesita más detalles sobre cómo presentar una Apelación interna, consulte la sección *“Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”* de este manual. También puede llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE para obtener más información.

BeHealthy Partnership revisará la Autorización previa. Les informaremos nuestra decisión a usted y a su Proveedor. Antes de recibir los servicios que necesite, asegúrese de tener esta Autorización.

BeHealthy Partnership les enviará una carta de rechazo a usted y a su proveedor en los siguientes casos:

- Si no autorizamos los servicios solicitados.
- Si se aprueban solo algunos de los servicios.
- Si no se autoriza el monto completo.
- Si no se autoriza la duración o el alcance de los servicios.

BeHealthy Partnership no pagará servicios que no hayan sido autorizados. BeHealthy Partnership les enviará también un aviso a usted y a su proveedor en los siguientes casos:

- Si decidimos reducir servicios previamente autorizados.
- Si decidimos suspender servicios previamente autorizados.
- Si decidimos finalizar servicios previamente autorizados.

Usted o su Representante de apelaciones pueden presentar una Apelación interna si no está de acuerdo con alguna decisión. Para obtener más información, consulte la sección *“Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”*.

Pida ayuda a su PCP para saber cuáles son las Autorizaciones necesarias antes de recibir servicios. También puede consultar la sección de servicios cubiertos en el reverso de este manual o llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE.

PROGRAMAS PARA MANTENER SERVICIOS ADECUADOS Y DE CALIDAD

Administración de utilización

La Administración de utilización nos ayuda a que usted reciba la cantidad correcta y el tipo de atención necesarios en el momento y lugar indicados. Entendemos que usar servicios médicos inferiores a los necesarios puede ser perjudicial para su salud y bienestar. La Administración de utilización nos ayuda a que usted reciba la cantidad correcta y el tipo de atención necesarios en el momento y lugar indicados.

El programa de Revisión de utilización de BeHealthy Partnership utiliza médicos y enfermeros para analizar la atención de la salud que recibieron los Miembros y determinar si los servicios fueron Médicamente necesarios. Si determinamos que los servicios que recibió no fueron Médicamente necesarios, nos comunicaremos con su Proveedor. Las decisiones se basan solo en el uso correcto de la atención, el servicio y la existencia de cobertura.

BeHealthy Partnership no recompensa a quienes realizan la Revisión de utilización para decidir autorizar o no los servicios. El rechazo de la cobertura o el servicio, y las decisiones que den como resultado una utilización insuficiente, tampoco reciben recompensa.

Acceso y utilización

Para obtener información sobre las solicitudes y decisiones relativas al proceso de Administración de utilización y Autorización, llame a nuestra Oficina de Administración de utilización de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al (413) 788-0123 o al (800) 786-9999 (TTY: 711). Si tiene preguntas sobre las solicitudes o decisiones de la Administración de utilización fuera del horario de atención, puede dejar un mensaje a estos números o enviar un fax al (413) 233-2700, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Responderemos a todas las solicitudes y los mensajes recibidos después de las 5:00 p. m. al siguiente día hábil (de lunes a viernes, excepto los días feriados).

Programa de control de calidad

El programa de Control de calidad de HNE supervisa la calidad de los servicios clínicos suministrados bajo BeHealthy Partnership. El personal de Revisión de utilización de BeHealthy Partnership decide si la atención que reciben los Miembros es Médicamente necesaria. BeHealthy Partnership también brinda servicios de planificación para asegurarse de que los Miembros reciban servicios necesarios después de haber estado hospitalizados.

Pautas clínicas

Se usan las pautas clínicas para ayudar a los Proveedores de atención de la salud a brindar atención de calidad y control de afecciones crónicas. Las pautas se desarrollan con médicos de la Red de BeHealthy Partnership y también están a cargo de organizaciones de acreditación nacional. Se utilizan estas pautas de manera tal que tenga en cuenta las necesidades de atención de la salud del Miembro. Las pautas se revisan cada dos años, o con mayor frecuencia, según sea necesario.

Terapias experimentales, dispositivos médicos, tratamiento en ensayos clínicos

La nueva tecnología para terapias experimentales, los dispositivos médicos y los tratamientos en ensayos clínicos se revisan según cada caso particular, como también a nivel de beneficios. Las decisiones de aprobar el uso de nueva tecnología se basan en lo que dará mayor beneficio y menor riesgo al Miembro.

En la revisión de BeHealthy Partnership de nuevas tecnologías se incluye:

- Consulta con expertos clínicos para revisar nuevas tecnologías que HNE considere para la cobertura.
- Revisión de aprobación de agencia regulatoria (como la Administración de Alimentos y Medicamentos).
- Revisiones científicas publicadas.
- Recomendaciones de la práctica clínica nacional o regional de fuentes conocidas (por ejemplo, el Instituto Nacional del Cáncer).

Si desea obtener más información sobre los programas de Revisión de utilización y Control de calidad, llame a Servicios de Atención al Miembro de HNE.

INQUIETUDES, CONSULTAS, QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

Inquietudes

En cualquier momento, puede expresar sus inquietudes ante BeHealthy Partnership o MassHealth. Los representantes están disponibles si llama al número que figura en la página 5 de este Manual del miembro, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Consultas

Como Miembro de BeHealthy Partnership, tiene derecho a hacer una Consulta en cualquier momento. Una Consulta es una pregunta o solicitud que pueda tener sobre las operaciones de BeHealthy Partnership. Intentaremos resolver su Consulta de inmediato o, como máximo, dentro de un (1) día hábil posterior al día en que la recibimos. Le informaremos el resultado.

Quejas formales

Su satisfacción es importante para nosotros. Si cree que tuvo una experiencia insatisfactoria con BeHealthy Partnership, MBHP o cualquiera de nuestros Proveedores contratados, tiene derecho a presentar una Queja formal, que es una manera de demostrar que no está satisfecho con su experiencia.

Para obtener más información sobre los tipos de experiencia por las cuales puede presentar una Queja formal, consulte la pregunta “¿Para qué tipos de problemas puedo presentar una Queja formal?” a continuación. Cuando presente una Queja formal ante BeHealthy Partnership, tendrá ciertos derechos. Tiene derecho a:

- Dar información a BeHealthy Partnership por teléfono, por escrito o en persona que ayude a fundamentar su Queja formal.
- Obtener ayuda de una persona que elija, como un amigo, un familiar o un Proveedor (consulte el apartado “¿Puedo elegir a alguien para que me represente durante el proceso de Queja formal?” que figura a continuación).
- Formular preguntas y obtener ayuda de parte del personal de BeHealthy Partnership.
- Recibir servicios de traducción gratuitos durante el proceso de Queja formal.

También le exigimos lo siguiente:

- Firmar y devolver el Formulario de autorización de representante personal si designará a un Representante de apelación (consulte “¿Puedo elegir a alguien para que me represente durante el Proceso de queja formal?”). Si desea una copia de este formulario, visite www.behealthypartnership.org/forms, o comuníquese con Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.
- Brindarnos un medio (dirección o número de teléfono actuales) para comunicarnos con usted en relación con su Queja formal.

¿Para qué tipos de problemas puedo presentar una Queja formal?

Usted o su Representante de apelación pueden presentar una Queja formal si tuvo una experiencia insatisfactoria con BeHealthy Partnership, MBHP o cualquiera de nuestros Proveedores.

Los ejemplos de tipos de Queja formal que puede presentar son:

- Que no está satisfecho con la calidad de atención o los servicios suministrados.
- Que no se respetaron sus derechos.
- Que la persona que lo atendió fue grosera.
- Que usted no está de acuerdo con las decisiones que se tomaron con respecto a la extensión de tiempo para resolver una Apelación interna.
- Que no está de acuerdo con la decisión sobre una Autorización.

- Que no está de acuerdo con la decisión de no considerar una Apelación interna como Apelación interna acelerada (rápida).

¿Cómo debo presentar una queja formal?

Para presentar una Queja formal, usted o su Representante de apelación pueden escribir a BeHealthy Partnership a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

BeHealthy Partnership es responsable de procesar todas las Quejas formales, incluidas aquellas sobre la atención de Salud del comportamiento. También puede brindar información en persona o llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

Cuando recibimos su solicitud de presentación de Queja formal, le enviamos a usted y a su Representante de apelación una carta de confirmación dentro de un (1) día hábil. La carta de confirmación describe su Queja formal del modo en que la entendemos. Si no es correcta, llame al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

También puede presentar una Queja formal directamente ante MassHealth. Puede hacerlo si llama al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TTY: [800] 497-4648) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

¿Puedo elegir a alguien para que me represente durante el Proceso de queja formal?

Sí. Puede designar a cualquier persona para que lo represente durante el proceso de Queja formal. Para esto, debe firmar y devolver el formulario de Autorización de representante personal a BeHealthy Partnership. Si no recibimos el formulario de Autorización de representante personal firmado dentro del plazo límite para resolver su Queja formal, desestimaremos su Queja formal y le notificaremos esto por escrito.

¿Quién revisará mi Queja formal?

Una o más personas que no hayan participado en el problema o la situación que originó su Queja formal revisarán esta queja. Si implica un tema clínico, un profesional calificado de atención de la salud revisará su Queja formal.

¿Qué sucede si BeHealthy Partnership necesita más información?

Si necesitamos más información, lo llamaremos a usted y a su Representante de apelación, o le enviaremos a usted y a él una solicitud por escrito. Responda a nuestras solicitudes de información adicional lo antes posible para que podamos tomar una decisión más rápida. Usted y su Representante de apelación pueden brindar información adicional por escrito, por teléfono o en persona, en cualquier momento durante el proceso de Queja formal.

¿Cuándo sabré el resultado de mi Queja formal?

Le enviaremos a usted y a su Representante de apelación una carta dentro de los 30 días calendario de la recepción de su Queja formal para informarle el resultado.

Apelaciones

Derechos y proceso de Apelación interna para Miembros de BeHealthy Partnership

BeHealthy Partnership es responsable de las Apelaciones internas sobre servicios de farmacia y atención médica. MBHP es responsable de las Apelaciones internas sobre atención de la Salud del comportamiento. La información de esta sección se aplica a las Apelaciones internas presentadas ante BeHealthy Partnership o

MBHP indistintamente.

Si no está satisfecho con la decisión sobre la cobertura de atención de la salud que tomó BeHealthy Partnership o MBHP, o si tuvo un problema para acceder a los servicios de atención de la salud, tiene derecho a presentar una Apelación interna. Una Apelación interna es una solicitud a BeHealthy Partnership o MBHP para que investigue o responda ante una Decisión adversa. Para ver la explicación de lo que es una Decisión adversa, consulte la pregunta “¿Para qué tipos de problemas puedo presentar una Apelación?” a continuación.

Entre sus derechos durante el Proceso de apelación se incluyen:

- El derecho a suministrar información a BeHealthy Partnership o MBHP (por escrito, por teléfono o en persona) sobre su Apelación.
- El derecho a recibir ayuda o tener la representación de otra persona, como un amigo, familiar o Proveedor (consulte “¿Qué es un Representante de apelación?” a continuación).
- El derecho a obtener servicios gratuitos de traducción durante el proceso de Apelación interna.
- El derecho a formular preguntas al personal de BeHealthy Partnership o MBHP, y a obtener ayuda de dicho personal.
- El derecho a ver toda la información que usó BeHealthy Partnership o MBHP para tomar una decisión sobre su Apelación interna y recibir copia de dicha decisión.
- El derecho a solicitar copia de documentos o criterios de BeHealthy Partnership o MBHP sobre los cuales se basó la Decisión adversa, si corresponde.
- El derecho a solicitar una copia de la política y el procedimiento escrito de Apelación interna de BeHealthy Partnership o MBHP en cualquier momento.

Le exigimos lo siguiente:

- Firmar y devolver el formulario de “Autorización para entregar información de salud” si se le pide (consulte “¿Qué sucede si BeHealthy Partnership o MBHP necesitan más información?” a continuación).
- Firmar y devolver el formulario de Designación de representante de apelación si designa a un Representante de apelación (consulte “¿Qué es un Representante de apelación?” a continuación).
- Brindar a BeHealthy Partnership o MBHP una dirección o teléfono actual para que podamos comunicarnos con usted durante el Proceso de apelación interna.

¿Para qué tipos de problemas puedo presentar una Apelación?

Usted o su Representante de apelación pueden solicitar una Apelación interna para una Decisión adversa. Existe una Decisión adversa si:

- Se rechaza o limita la cobertura de un servicio de atención de la salud solicitado que exija Autorización previa.
- Se reduce o interrumpe la cobertura de un servicio que estaba previamente aprobado.
- Se rechaza el pago de un servicio porque consideramos que no es Médicamente necesario.
- No se responde a la solicitud de Autorización en forma oportuna según se detalla en la sección “Autorización previa”.
- Usted (el Miembro) no pudo recibir tratamiento médico de un Proveedor de MBHP o BeHealthy Partnership dentro de los plazos requeridos según lo detallado en la sección “Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”.
- No recibió respuesta oportuna a su solicitud de Apelación interna. En este caso, puede presentar una Apelación directamente ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid según lo descrito a continuación (consulte “¿Cómo presento mi Apelación ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid?”).

¿Qué tipos de Apelaciones puedo presentar?

Usted o su Representante de apelación pueden presentar una Apelación interna o Apelación interna acelerada (rápida) ante BeHealthy Partnership o, para la Salud del comportamiento, ante MBHP. Una Apelación interna es una revisión estándar por Decisión adversa (consulte “¿Cómo presento una Apelación interna?” a continuación). Una Apelación interna acelerada (rápida) es una revisión rápida de una Decisión adversa (consulte “¿Cómo puedo recibir una decisión antes de los 30 días por parte de BeHealthy Partnership o MBHP?”). Estos diferentes tipos de Apelaciones internas se describen en mayor detalle a continuación.

¿Cómo presento una Apelación interna?

Para comenzar el proceso de Apelación interna, usted o su Representante de apelación pueden llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

También puede escribir a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

Para Apelaciones internas de Salud del comportamiento, usted o su Representante de apelación pueden llamar al Coordinador de Apelaciones de Miembros de MBHP al (800) 495-0086 (TTY: [617] 790-4131).

También puede escribir a:

MBHP Member Appeals Coordinator
Massachusetts Behavioral Health Partnership
1000 Washington Street, Suite 310
Boston, MA 02118-5002

Cuando recibamos su solicitud para una Apelación interna, le enviaremos a usted y a su Representante de apelaciones, si corresponde, una carta de confirmación de la Apelación en el plazo de un (1) día hábil.

¿Qué es un representante de apelación?

Un Representante de apelación es cualquier persona que usted elija, por escrito, para que actúe en su nombre cuando usted presenta una Apelación interna. Un Representante de apelación puede ser un familiar, un amigo, un proveedor o cualquier persona que usted elija. Su Representante de apelación tendrá los mismos derechos que tiene usted para presentar su apelación interna. Tenga en cuenta, sin embargo, que si desea elegir un Representante de apelación, deberá firmar y entregar un formulario de Autorización de representante personal. Si usted decide usar un Representante de apelación y no recibimos un formulario de Autorización de representante personal firmado antes de transcurrido el plazo para resolver su Apelación interna, desestimaremos su Apelación interna. En una Apelación interna acelerada (rápida), la revisión se procesará aunque no hayamos recibido el formulario de Autorización de representante personal dentro del plazo requerido. Además, un Médico a cargo que presente una apelación en nombre de un Inscrito se considerará Representante de apelación del Inscrito pero HNE no exigirá formulario de Autorización de representante personal firmado al Inscrito antes de procesar la Apelación interna.

Si desestimamos su Apelación interna, se lo notificaremos a usted y a su Representante de apelación por escrito. Si considera que usted, de hecho, autorizó a su Representante de apelación por escrito antes de que se cumpla el plazo para resolver su Apelación interna, usted o su Representante de apelación pueden solicitar, por escrito, que revoquemos (anulemos) esta desestimación y procedamos con su Apelación interna.

Debemos recibir esta solicitud dentro de los 10 días calendario después de que usted recibe nuestra carta de desestimación. Envíe su solicitud a la siguiente dirección:

HNE BeHealthy Partnership

Complaints and Appeals Department
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

Para Apelaciones internas de Salud del comportamiento, envíe su solicitud a la siguiente dirección:

MBHP Member Appeals Coordinator
Massachusetts Behavioral Health Partnership
1000 Washington Street, Suite 310
Boston, MA 02118-5002

Haremos una desestimación final o revocaremos (anularemos) la desestimación y procesaremos su Apelación interna. Les notificaremos a usted y a su Representante de apelación sobre la decisión por escrito. Si hacemos una desestimación final, usted puede apelar a la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid (consulte “¿Cómo presento mi Apelación ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid?”). Se desestimará una Apelación interna acelerada (rápida) y se la procesará como una Apelación interna estándar si la solicitud de agilizar (acelerar) el proceso no está relacionada con su estado de salud.

¿Qué sucede si elijo a un Representante de apelación pero ya no deseo que actúe en mi nombre?

Si un miembro desea destituir (cancelar su capacidad de representación) a su Representante de apelación, deberá llamar lo antes posible al Coordinador de Apelaciones y Quejas (Complaints and Appeals Coordinator, CAC) que está trabajando en su caso. Encontrará el número de teléfono del CAC en la carta de confirmación que se envía al miembro después de que HNE recibe la apelación. El miembro también puede llamar al Departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE e informar a un representante de Servicios de Atención al Miembro que desea destituir (cancelar la capacidad de representación) a su Representante de apelación. Entonces, el representante de Servicios de Atención al Miembro notificará sobre este cambio al CAC que esté trabajando en la apelación. Esto garantizará que, después del cambio, toda la correspondencia se envíe directamente al Miembro, y no al Representante de apelación.

Tenga en cuenta lo siguiente: Las apelaciones de Salud del comportamiento (Behavioral Health, BH) no están a cargo de HNE. Si un Miembro destituye (cancela la capacidad de representación) de un Representante de apelación para una apelación de BH, dicho miembro deberá comunicarse con Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP) e informarle sobre este cambio.

¿Existe un plazo límite para presentar una Apelación interna?

Sí. En caso de rechazo de una solicitud de nuevo servicio, usted o su Representante de apelación deben presentar la Apelación interna dentro de los 60 días calendario de haber recibido el aviso de la decisión.

En caso de decisión de reducir o interrumpir la cobertura de un servicio previamente aprobada, usted o su Representante de apelación deben presentar su Apelación interna. Se debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario de la recepción del aviso de la decisión. Si desea que continúen los servicios mientras se procesa su Apelación, debe presentar su Apelación interna dentro de los 10 días calendario de la recepción del aviso de la decisión.

En caso de que no respondiéramos a su solicitud de cobertura de servicio en forma oportuna, según lo descrito en el Manual del miembro, usted o su Representante de apelación deben presentar la Apelación interna dentro de los 60 días calendario de nuestra falta de decisiones dentro de los plazos requeridos para tomar decisiones de Autorización.

Si no recibió tratamiento médico de un Proveedor de BeHealthy Partnership en forma oportuna, según lo descrito en su Manual del miembro, usted o su Representante de apelación deben presentar su Apelación interna dentro de los 60 días calendario de la fecha en que no se cumplieron los estándares de acceso requeridos según la descripción de este Manual.

¿Qué sucede si no envié mi Apelación interna dentro de los plazos límite descritos anteriormente?

Si recibimos su Apelación interna fuera de los plazos, la desestimaremos. Les notificaremos a usted y a su Representante de apelación por escrito. Si considera que usted, de hecho, presentó su Apelación interna antes de que se cumpla el plazo, usted o su Representante de apelación pueden solicitar, por escrito, que revoquemos (anulemos) esta desestimación y procedamos con su Apelación interna. Debemos recibir esta solicitud dentro de los 10 días calendario después de que usted recibe nuestra carta de desestimación. Para una solicitud de servicios de atención médica envíe su solicitud a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

Para una solicitud de servicios de Salud del comportamiento, envíe su solicitud a:

MBHP Member Appeals Coordinator
Massachusetts Behavioral Health Partnership
1000 Washington Street, Suite 310
Boston, MA 02110

Haremos una desestimación final o revocaremos (anularemos) la desestimación y procesaremos su Apelación interna. Les notificaremos a usted y a su Representante de apelación sobre la decisión por escrito. Si hacemos una desestimación final, usted o su Representante de apelación pueden apelar a la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid (consulte “¿Cómo presento mi Apelación ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid?”).

¿Qué debo hacer para continuar recibiendo servicios durante mi Apelación interna?

Si su Apelación interna involucra una decisión de disminuir o interrumpir la cobertura de un servicio que anteriormente estaba aprobado, usted continuará recibiendo esos servicios automáticamente si usted o su Representante de apelación solicitan una Apelación interna dentro de los 10 días calendario de haber recibido el aviso sobre la Decisión adversa.

¿Quién revisará mi Apelación interna?

Una o más personas no involucradas en la Decisión adversa original revisarán la Apelación interna. Al menos una de ellas será experta en el tratamiento de la afección médica o en la administración del tratamiento o los servicios de los que trata su Apelación interna.

¿Qué sucede si BeHealthy Partnership o MBHP necesitan más información?

Si necesitamos más información, le enviaremos a usted y a su Representante de apelación un formulario de “Autorización para entregar información de salud”. Lea este formulario, haga las correcciones necesarias, fírmelo y devuélvalo en el sobre con franqueo pagado que le brindaremos.

¿Cuánto tiempo tardarán BeHealthy Partnership o MBHP en tomar una decisión sobre mi Apelación interna?

Tomaremos una decisión dentro de los 30 días calendario de su solicitud de Apelación interna. Si necesitamos más información antes de poder tomar una decisión, extenderemos el tiempo de la decisión hasta 14 días calendario si usted o su Representante de apelación solicitan la extensión. También podemos extender el plazo si podemos justificar que la extensión es para su conveniencia y que hay necesidad de información adicional que se pueda esperar recibir de manera razonable dentro del plazo extendido y que tal información probablemente lleve a una aprobación de la solicitud. Si decidimos dar una extensión, les notificaremos a usted y a su Representante de apelación por escrito.

Si no está satisfecho con nuestra decisión de extender nuestro tiempo de respuesta para resolver una Apelación interna, usted o su Representante de apelación pueden presentar una Queja formal ante

BeHealthy Partnership, en persona o por escrito a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

También puede llamar a Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

¿Puedo brindar información adicional para que BeHealthy Partnership o MBHP consideren?

Sí. Usted o su Representante de apelación pueden brindar información adicional por escrito, por teléfono o en persona, en cualquier momento durante el proceso de Apelación interna. Si usted o su Representante de apelación desean extender el plazo de la Apelación de 30 días calendario para presentar información adicional, pueden hacerlo, hasta 14 días calendario más.

¿Cómo sabré la decisión de BeHealthy Partnership o MBHP sobre mi Apelación interna?

Les enviaremos a usted y a su Representante de apelación una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario de su solicitud de Apelación interna, a menos que haya habido una extensión de 14 días calendario.

¿Puedo recibir una decisión de BeHealthy Partnership o MBHP antes de los 30 días?

Si usted o su Proveedor de atención de la salud creen que su salud, vida o capacidad de recuperar funcionalidad máxima pueden estar en riesgo por esperar 30 días calendario, pueden solicitar una Apelación interna acelerada (rápida). Si su Proveedor de atención de la salud solicita una Apelación interna acelerada (rápida), accederemos a la solicitud a menos que no se relacione con su afección de salud. Si su Apelación interna es acelerada (rápida), tomaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de su solicitud de Apelación interna acelerada (rápida). El plazo para tomar decisiones de Apelación interna acelerada (rápida) se podrá extender hasta 14 días calendario si usted o su Representante de apelación solicitan la extensión. También podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si justificamos que la extensión es para su conveniencia y que hay necesidad de información adicional que se pueda esperar recibir de manera razonable dentro del plazo extendido y que tal información probablemente lleve a una aprobación de la solicitud. Si decidimos dar una extensión, les notificaremos a usted y a su Representante de apelación por escrito. Si usted o su Representante de apelación no están satisfechos con nuestra decisión de extender nuestro tiempo de respuesta, usted o su Representante de apelación podrán presentar una Queja formal ante BeHealthy Partnership en persona o por escrito a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

También puede llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

No obstante, si un Proveedor de atención de la salud no presenta o no fundamenta una solicitud de Apelación interna acelerada (rápida), un médico decidirá si es necesaria una Apelación interna acelerada (rápida):

- Un médico de BeHealthy Partnership decidirá si es necesaria para los servicios médicos.
- Un médico de MBHP decidirá si es necesaria para los servicios de Salud del comportamiento.

Si decidimos que no es necesaria una Apelación interna acelerada (rápida), le informaremos a usted y a su Representante de apelación la decisión por teléfono o le enviaremos un aviso por escrito dentro de los

dos días calendario. Su Apelación interna se procesará según los plazos estándar de Apelación interna descritos anteriormente. Si usted o su Representante de apelación no aceptan nuestra decisión de no acelerar (procesar rápidamente) su Apelación interna, usted o su Representante de apelación podrán presentar una Queja formal en persona o por escrito a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

Usted o su Representante de apelación también pueden llamar a Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

¿Puedo brindar información adicional para que BeHealthy Partnership o MBHP consideren durante una Apelación interna acelerada (rápida)?

Sí. Usted o su Representante de apelación pueden brindar información adicional por escrito, por teléfono o en persona, en cualquier momento durante el proceso de Apelación interna acelerada (rápida). Si usted o su Representante de apelación desean extender el plazo de la Apelación interna acelerada (rápida) de 72 horas para presentar información adicional, pueden hacerlo hasta 14 días calendario más.

¿Cómo sabré la decisión sobre mi Apelación interna acelerada (rápida)?

Nos comunicaremos con usted y su Representante de apelación para informar la decisión por teléfono y les enviaremos a ambos una decisión escrita dentro de las 72 horas de su solicitud, a menos que haya habido una extensión según lo descrito anteriormente.

¿Qué sucede si no estoy satisfecho con mi decisión sobre mi Apelación interna o Apelación interna acelerada (rápida)?

Si usted o su Representante de apelación no están satisfechos con la decisión sobre su Apelación interna o Apelación interna acelerada (rápida), ambos pueden solicitar que la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos, Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid revisen su Apelación (consulte “¿Cómo presento mi Apelación ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid?”). La Junta de Audiencias es independiente de BeHealthy Partnership o MBHP.

¿Qué puedo hacer si BeHealthy Partnership o MBHP no responden a mi Apelación interna en forma oportuna?

Si no respondemos a su Apelación interna dentro de los plazos indicados anteriormente, usted o su Representante de apelación pueden presentar una Apelación ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid (consulte “¿Cómo presento mi Apelación ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid?”). La Junta de Audiencias recibirá su solicitud de Apelación dentro de los 120 días calendario de la fecha en que deberíamos haberle informado a usted y a su Representante de apelación nuestra decisión o dentro de los 20 días calendario si su Apelación fue Acelerada (rápida) y usted y su Representante de apelación desean que la Junta de Audiencias tome también una decisión acelerada (rápida).

¿Cómo presento mi Apelación ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid?

Si usted o su Representante de apelación desean que la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid revise su Apelación, deben completar un formulario de “Solicitud de audiencia justa” que les brindaremos a usted y a su Representante de apelación. Usted o su Representante de apelación deben enviar este formulario por correo a la Junta de Audiencias dentro de los 120 días calendario de la decisión que apela o dentro de los 20 días calendario si su Apelación interna fue acelerada (rápida) y si desea que la Junta de Audiencias tome también una decisión acelerada (rápida). Comuníquese con BeHealthy Partnership si usted o su Representante de apelación necesitan ayuda para completar el formulario “Solicitud de audiencia justa”.

¿Puedo seguir recibiendo servicios durante mi Apelación ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid?

Puede continuar recibiendo servicios objeto de su Apelación ante la Junta de Audiencias, siempre y cuando usted o su Representante de apelación presenten su solicitud de Apelación ante la Junta de Audiencias dentro de los diez días calendario de haber recibido nuestra decisión sobre su Apelación interna. También puede optar por no continuar recibiendo los servicios durante su Apelación ante la Junta de Audiencias.

¿Puede representarme alguien en la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid?

Puede tener representación en la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid por un Representante de apelación de su elección a su cargo. Para esto, debe completar la sección de Representante de apelación del formulario de "Solicitud de audiencia justa". Si necesita un intérprete que lo represente, informe a la Junta de Audiencias.

Si la Junta de Audiencias decide a mi favor, ¿qué sucede luego?

BeHealthy Partnership respetará la decisión tomada por la Junta de Audiencias y, si se aprueba la Apelación, cubrirá el servicio o procedimiento objeto de la Apelación.

Cuando tiene otra cobertura

Debe informarnos si tiene otra cobertura de seguro de salud además de MassHealth. También debe informarnos si hay cambios en su cobertura de seguro adicional. Entre los tipos de seguro adicional que puede tener se incluyen:

- Cobertura de un seguro de salud grupal del empleador para empleados o jubilados, para usted o su cónyuge.
- Cobertura según la Compensación de los trabajadores, por lesiones o enfermedad relacionadas con el trabajo.
- Cobertura por accidente que involucre seguro de responsabilidad o seguro sin culpabilidad.
- Cobertura que tenga a través de los beneficios para veteranos.
- "Continuación de cobertura" que tenga a través de COBRA (COBRA es una ley que exige que los empleadores con 20 o más empleados permitan a los empleados y sus Dependientes mantener su cobertura de salud grupal por un tiempo después de abandonar su plan de salud grupal en ciertas condiciones).

BeHealthy Partnership es el pagador de último recurso de los servicios médicos que involucren Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros o Subrogación.

Cuando tenga otra cobertura de seguro de salud, trabajaremos con su otro seguro para coordinar sus beneficios de BeHealthy Partnership. El modo en el que trabajamos con otras compañías depende de su situación. Este proceso se llama Coordinación de beneficios. A través de esta Coordinación de beneficios, con frecuencia recibirá su cobertura de seguro de salud como siempre, a través de nosotros. Si tiene otro seguro de salud, nuestra cobertura siempre será secundaria cuando el otro plan le brinde cobertura de atención de la salud, a menos que la ley indique lo contrario. En otras situaciones, como para la atención que no cubrimos, otra aseguradora podrá brindarle cobertura. Si tiene seguro de salud adicional, llámenos al número que figura en la página 5 de este Manual del miembro para saber cómo se manejará el pago.

Si tiene un seguro de salud integral con otro plan de salud, incluido Medicare, no puede recibir los beneficios de MassHealth de Organizaciones responsables por la atención de la salud (ACO), incluida BeHealthy Partnership. Si usted se encuentra en esta categoría, MassHealth lo desafiliará de BeHealthy Partnership.

MassHealth le notificará esto.

Coordinación de beneficios

Cuando tenga otra cobertura de seguro de salud, trabajaremos con su otro seguro para coordinar sus beneficios de BeHealthy Partnership. El modo en el que trabajamos con otras compañías depende de su situación. Este proceso se llama Coordinación de beneficios. A través de esta Coordinación de beneficios, con frecuencia recibirá su cobertura de seguro de salud como siempre, a través de nosotros. Si tiene otro seguro de salud, nuestra cobertura siempre será secundaria cuando el otro plan le brinde cobertura de atención de la salud, a menos que la ley indique lo contrario. En otras situaciones, como para la atención que no cubrimos, otra aseguradora podrá brindarle cobertura. Si tiene seguro de salud adicional, llámenos al número que figura en la página 5 para saber cómo se manejará el pago.

Si tiene un seguro de salud integral con otro plan de salud, incluido Medicare, no puede recibir los beneficios de MassHealth de Organizaciones responsables por la atención de la salud (ACO), incluida BeHealthy Partnership. Si usted se encuentra en esta categoría, MassHealth lo desafiliará de BeHealthy Partnership. MassHealth le notificará esto.

BeHealthy Partnership trabaja con MassHealth para coordinar la cobertura y el pago de servicios de atención de la salud. El proceso de Coordinación de beneficios hace coincidir los registros comerciales con los registros de Inscripción de MassHealth. Este proceso se usa para identificar a Miembros cubiertos por otra aseguradora. Entre los ejemplos de otras aseguradoras se incluyen:

- Seguro automotor.
- Seguro comercial como Dependiente de un suscriptor comercial.
- Seguro de propietario de vivienda.
- Medicare

Subrogación

La Subrogación es el proceso por el cual BeHealthy Partnership recupera todo o parte de los costos de la atención de la salud de un miembro de otra fuente, cuando corresponda. Entre los ejemplos se incluyen:

- Seguro de propietario de vivienda o seguro automotor del Miembro.
- Seguro de propietario de vivienda o seguro automotor de una persona que causó la lesión o enfermedad del Miembro.
- Compensación de los trabajadores.

Si una aseguradora que no sea BeHealthy Partnership es responsable, o puede asumir la responsabilidad, de pagar servicios relacionados con una lesión o enfermedad, BeHealthy Partnership tiene derecho a pedir a esa aseguradora que pague el reembolso de los costos de atención de la salud.

Si se lesiona por un acto u omisión de otra persona, sus beneficios de BeHealthy Partnership serán subrogados. Esto significa que podremos utilizar su derecho de recuperar todo dinero de la(s) persona(s) que le haya(n) ocasionado una lesión o de cualquier compañía de seguros o de un tercero. Si otra persona o parte es o puede ser responsable del pago de servicios relacionados con su lesión o enfermedad que podamos haber pagado o suministrado, subrogaremos y sucederemos a todos sus derechos de resarcimiento contra esa persona o parte el 100 % del valor de los servicios que nosotros hayamos pagado o suministrado.

Su Proveedor de atención de la salud deberá presentar todas las Reclamaciones incurridas como resultado de un caso de Subrogación antes de cualquier acuerdo. Podremos rechazar Reclamaciones por servicios suministrados antes de un acuerdo que su Proveedor de atención de la salud no presente antes de llegar al acuerdo.

En caso de que otra parte reembolse gastos médicos que pagamos, tenemos derecho a recuperar de usted el

100 % del monto que recibió por esos servicios que le brindamos. El monto que debe devolver no será reducido por ningún honorario de abogados o gastos incurridos.

Para hacer cumplir nuestros derechos de Subrogación en virtud de este Manual del miembro, tendremos derecho a iniciar acciones legales, con o sin su consentimiento, contra la parte correspondiente para recuperar el valor de los servicios que brindamos o cubrimos por el cual la parte es o pueda ser responsable. Ningún contenido de este Manual se interpretará como limitación de nuestro derecho de usar cualquier reparación dispuesta por ley para hacer cumplir sus derechos de Subrogación en virtud de este Manual del miembro.

Le exigimos seguir todos los requisitos de Autorización previa incluso si existiera responsabilidad de terceros. La autorización no es garantía de pago.

Derecho de reembolso

Si un Miembro recupera dinero como consecuencia de un juicio o acuerdo relacionados con una enfermedad o lesión, BeHealthy Partnership puede exigir que el Miembro devuelva el costo de los servicios y suministros de atención de la salud que pagó BeHealthy Partnership. BeHealthy Partnership no puede exigir la devolución que exceda el monto total del dinero recuperado por el Miembro.

Como Miembro de BeHealthy Partnership usted acepta lo siguiente:

- Notificar a BeHealthy Partnership cualquier caso que pueda afectar los derechos de Subrogación o Reembolso de BeHealthy Partnership.
- Colaborar con BeHealthy Partnership cuando BeHealthy Partnership pida información y asistencia con la Coordinación de beneficios, Subrogación o Reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a BeHealthy Partnership con sus derechos a la Subrogación y Reembolso.
- Autorizar a BeHealthy Partnership a investigar, solicitar y entregar información necesaria para llevar a cabo la Coordinación de beneficios, la Subrogación y el Reembolso, dentro de lo permitido por ley.

Accidentes automovilísticos o lesiones/enfermedades laborales

Si sufre un accidente automovilístico, debe usar toda la cobertura médica de su aseguradora de seguro automotor (incluida la cobertura de pagos médicos o Protección contra lesiones personales [Personal Injury Protection, PIP]) antes de que consideremos pagarle los gastos. Debe enviarnos cualquier explicación de pago o cartas de rechazo de una aseguradora de seguro automotor para que nosotros podamos considerar el pago de una Reclamación que nos envíe su Proveedor.

En caso de lesiones o enfermedades laborales, la aseguradora de Compensación de los trabajadores deberá pagar primero esos gastos. Debe enviarnos cualquier explicación de pago o cartas de rechazo de una aseguradora de seguro automotor para que nosotros podamos considerar el pago de una Reclamación que nos envíe su Proveedor.

Cooperación del miembro

Como Miembro de BeHealthy Partnership, acepta cooperar con nosotros en el ejercicio de nuestros derechos de Subrogación y Coordinación de beneficios. Esto significa que debe completar y firmar todos los documentos necesarios para ayudarnos a ejercer nuestros derechos. Esto también significa que debe darnos un aviso antes de resolver una Reclamación por lesiones sufridas debido a cualquier parte o partes responsables, por las cuales hayamos suministrado cobertura. No debe hacer nada que pudiera limitar nuestro derecho de reembolso total. Estas disposiciones de recuperación y Subrogación se aplican incluso si es menor de edad.

Le exigimos lo siguiente:

- Brindarnos toda la información y los documentos que solicitemos.
- Firmar los documentos que consideremos necesarios para proteger nuestros derechos.
- Cedernos de inmediato cualquier dinero que reciba por servicios que nosotros hayamos suministrado o pagado.
- Notificarnos de inmediato todo potencial de Coordinación de beneficios o Subrogación posibles.

También debe aceptar no hacer nada para perjudicar o interferir con nuestros derechos de Subrogación o Coordinación de beneficios. Ningún contenido de este Manual del miembro puede interpretarse como limitación de nuestro derecho de utilizar cualquier medio dispuesto por ley para hacer cumplir nuestros derechos a Subrogación o Coordinación de beneficios en virtud de este plan.

GLOSARIO

Organización responsable por la atención de la salud (ACO)

Un grupo de PCP y otros proveedores a cargo de brindar atención de calidad y ayudarlo a satisfacer sus necesidades de atención de la salud. En una ACO, su PCP y su equipo de atención de la salud trabajan con usted y con la red de proveedores de la organización para conectarlo con los servicios y la ayuda en el momento y el lugar adecuados.

Directivas anticipadas

Algo que escribe o firma y que indica quién desea usted que tome las decisiones de atención de la salud en su lugar, y el tratamiento de atención de la salud que desea o no recibir si se enferma o lesiona y no puede hablar o escribir. Es una declaración escrita que informa al Proveedor qué debe hacer si un accidente o enfermedad le quita al Miembro la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de la salud.

Decisión adversa

Las siguientes acciones u omisiones de BeHealthy Partnership:

- Rechazar o limitar la cobertura de un servicio de atención de la salud solicitado.
- Reducir o interrumpir la cobertura de un servicio que estaba previamente aprobado.
- Rechazar el pago de un servicio porque no era Médicamente necesario.
- No responder a la solicitud de Autorización en forma oportuna según se detalla en la sección *“Autorización previa”*.
- El Miembro no pudo recibir tratamiento médico de un Proveedor de MBHP o BeHealthy Partnership dentro de los plazos requeridos según lo detallado en la sección *“Sus proveedores de atención de la salud”*.
- No resolver una solicitud de Apelación dentro de los plazos descritos en la sección *“Inquietudes, consultas, quejas formales y apelaciones”*.

Apelación

Solicitud de un Miembro de MassHealth o Representante de apelación ante BeHealthy Partnership, o por servicios de Salud del comportamiento, ante MBHP o la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid, para revisar una Decisión adversa.

Representante de apelación

Toda persona que HNE pueda documentar que fue autorizada por el Miembro por escrito para actuar en nombre de dicho miembro con respecto a todos los aspectos de una Queja formal, una Apelación interna o una Apelación de la Junta de Audiencias (Board of Hearings, BOH). HNE debe permitir a un Miembro otorgar una debida autorización al Representante de apelación para actuar en su nombre para todas las Quejas formales y Apelaciones internas. Tal debida autorización deberá ser por escrito según los procedimientos de HNE, y puede ser revocada por el Miembro en cualquier momento. Cuando un menor de edad pueda, según la ley, otorgar consentimiento para un procedimiento médico, ese menor puede solicitar una Apelación de rechazo de tal tratamiento sin consentimiento del padre o tutor, y designar a un Representante de apelación sin consentimiento del padre o tutor.

Autorización (consulte Autorización previa)

Aprobación especial de BeHealthy Partnership para el pago de ciertos servicios que se realiza antes de recibirlos.

Salud del comportamiento

Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias o de salud mental.

BeHealthy Partnership

Su plan de salud de MassHealth. El plan BeHealthy Partnership está compuesto por Baystate Health Care Alliance y por HNE. El objetivo es ser su socio de atención de la salud, en donde el enfoque se posiciona en el bienestar general de usted y su familia. BeHealthy Partnership incluye a Proveedores de atención primaria (PCP) ubicados en cinco centros de salud cercanos en Springfield, Massachusetts (Brightwood Health Center, Caring Health Center, High Street Adult Health Center, High Street Pediatric Health Center y Mason Square Health Center).

Junta de Audiencias

La Junta de la Oficina de Medicaid que está disponible para revisar una Apelación una vez que usted completó una Apelación interna. La Junta de Audiencias de Medicaid es independiente de BeHealthy Partnership.

Apelación de la Junta de Audiencias (BOH)

Solicitud escrita ante la BOH, que presenta un Miembro o Representante de apelación, para revisar si es correcta la decisión final de Apelación interna de BeHealthy Partnership.

Administración de la atención

Programa para ayudar al Miembro a cumplir con las necesidades médicas o de Salud del comportamiento en el que se incluyen formación y capacitación, y también coordinación de la atención entre todos los Proveedores involucrados en la atención del Miembro hasta cumplirse los objetivos.

Examen de necesidades de atención (CNS)

Un resumen de su historial médico y sus problemas actuales que se realiza cuando se une al plan. También puede denominarse Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA).

Iniciativa de Salud del Comportamiento para Niños (CBHI)

Compromiso interagencia de la EOHHS y MassHealth cuyo objetivo es fortalecer, expandir e integrar los servicios de Salud del comportamiento para Miembros menores de 21 años en un sistema integral de atención comunitaria y competente a nivel cultural.

Reclamación

Factura de un Proveedor que describe los servicios que se le brindaron al Miembro.

Administración de la atención compleja

La implementación de servicios definidos de Administración de la atención para Miembros con necesidades complejas de atención de la salud (físicas, sociales o del comportamiento). Estos Miembros en general tienen comorbilidades y necesidades psicosociales que pueden reducir de manera significativa su calidad de vida y también su capacidad de cumplir con los planes de tratamiento diseñados por sus Proveedores. Los Miembros en programas de Administración de la atención compleja en general reciben información individualizada para sus necesidades y etapa de preparación con el objetivo de evitar la necesidad de servicios médicos más intensivos.

Continuidad de la atención

HNE puede continuar la cobertura de los servicios que recibe de un Proveedor que no pertenece a la Red de BeHealthy Partnership. Consulte la sección *“Beneficios de BeHealthy Partnership”* para obtener más detalles.

Coordinación de beneficios

Es necesaria cuando el pago de servicios puede ser responsabilidad de una parte ajena a BeHealthy Partnership, por ejemplo, el seguro automotor o Compensación de los trabajadores. Consulte la sección *“Cuando tiene otra cobertura”*.

Copago

El monto que usted debe pagar por los medicamentos recetados o los Servicios cubiertos. Tenga en cuenta que el monto de su Copago puede ser de \$0. La lista de Servicios cubiertos que se incluye al final de este Manual describe estos montos.

Servicios cubiertos

Servicios y suministros cubiertos por BeHealthy Partnership y MassHealth, descritos en la lista de Servicios cubiertos incluida al final de este Manual.

Dependiente

Persona que recibe cobertura de salud mediante otra persona, como el cónyuge, padre o abuelo.

Desafiliación

Proceso por el cual finaliza la cobertura de BeHealthy Partnership del Miembro.

Control de enfermedades

Sistema de intervenciones y comunicaciones de atención de la salud coordinada para poblaciones con afecciones en las cuales son importantes los esfuerzos de cuidado personal del paciente. Es el proceso de reducir los costos de atención de la salud o mejorar la calidad de vida de personas al prevenir o minimizar los efectos de una enfermedad, en general una afección crónica, a través de la atención integral.

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT)

Servicios de tratamiento y atención preventiva suministrados por un PCP sobre un programa periódico para Miembros inscritos en Standard/CommonHealth. El programa se determina por la edad a la cual se debe brindar el procedimiento e incluye una evaluación completa (p. ej., exámenes médicos), coordinación de servicio, intervención de crisis y servicios domiciliarios.

Fecha de entrada en vigencia

La fecha en la cual la persona se convierte en Miembro de BeHealthy Partnership y es elegible para los Servicios cubiertos.

Elegibilidad

Cumplir todos los criterios necesarios para recibir cobertura de BeHealthy Partnership.

Emergencia

Una afección médica, física o mental, que se manifiesta con síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor fuerte, y que, en ausencia de atención médica inmediata, una persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina pueda considerar razonablemente que provocará que la salud de la persona asegurada u otra persona esté en grave riesgo, o que exista un trastorno grave de una función corporal, o disfunción grave de cualquier parte u órgano del cuerpo, o, con respecto a una mujer embarazada, que la salud mental o física de la asegurada o su hijo por nacer estén en grave riesgo. Con respecto a una embarazada que tenga contracciones, una Emergencia también incluye no tener tiempo suficiente para el traslado seguro a otro hospital antes del parto o una amenaza para la seguridad del Miembro o de su hijo por nacer en caso de traslado a otro hospital antes del parto.

Proveedores del Programa de Servicios de Emergencia (ESP)

Proveedores que le brindan exámenes de Salud del comportamiento de emergencia, servicios de Emergencia y servicios de Emergencia para estabilización en caso de crisis. Los ESP le brindan la manera de recibir estos servicios las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si cree que necesita acudir a un ESP, puede llamar usted mismo. El Directorio de proveedores de BeHealthy Partnership indica la lista de Proveedores del programa de servicios de emergencia (ESP) en todas las áreas del estado. También puede llamar gratis a los

números de BeHealthy Partnership y MBHP que figuran en la página 5.

Inscripción

Proceso por el cual HNE registra a personas para la Membresía en BeHealthy Partnership.

EOHHS

La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos. La agencia responsable de administrar el programa Medicaid en el estado de Massachusetts.

Apelación interna acelerada (rápida)

Proceso de apelación de setenta y dos (72) horas.

Servicios de planificación familiar

Servicios directamente relacionados con la anticoncepción. Los servicios incluyen: asesoramiento de anticonceptivos, educación sobre Planificación familiar, examen y tratamiento, análisis y pruebas de laboratorio, métodos y procedimientos médicamente aprobados, suministros y dispositivos de farmacia, esterilización, incluida la ligadura de trompas y vasectomía. (El aborto no es un Servicio de planificación familiar).

Formulario

Una lista de medicamentos recetados cubiertos. Los formularios se basan en evaluaciones de eficacia, seguridad y rentabilidad de los medicamentos.

Fraude

Caso en el cual alguien intenta recibir servicios o el pago de servicios a los cuales no tiene derecho en virtud de MassHealth. Consulte la sección *“Derechos y responsabilidades del miembro”* para obtener más detalles.

Queja formal

Declaración de un Miembro de disconformidad con la atención o los servicios recibidos.

Poder para la atención de la salud

Persona responsable de tomar decisiones de atención de la salud en nombre de una persona en caso de incapacidad de esa persona.

Línea de información médica

La conexión telefónica de BeHealthy Partnership con un enfermero registrado que puede brindar asesoramiento médico las 24 horas del día, los siete días de la semana. El número de teléfono figura en la página 5.

Health New England (HNE)

HNE, Inc. es una organización de mantenimiento de la salud con licencia en el estado de Massachusetts. HNE es responsable de administrar beneficios en virtud del plan BeHealthy Partnership. HNE puede tener contrato con otras agencias para administrar ciertos beneficios, por ejemplo, MBHP para servicios de Salud del comportamiento. Consulte la definición de MBHP a continuación.

Paciente internado

Servicios que requieren al menos una noche de internación y que, en general, se brindan en centros tales como hospitales y centros de enfermería especializada.

Coordinación de atención intensiva (Intensive Care Coordination, ICC)

Un servicio que ayuda a la planificación de la atención y la coordinación de servicios para jóvenes menores de 21 años con trastornos emocionales graves (Serious Emotional Disturbance, SED), que están inscritos en MassHealth Standard o en CommonHealth. La planificación de la atención es impulsada por las necesidades

del joven y desarrollada por los servicios globales de Iniciativa de Salud del Comportamiento para Niños (CBHI). El proceso de planificación de la atención de ICC garantiza que un coordinador de la atención organiza la atención y relaciona a los proveedores y los sistemas de atención infantil para permitir que el joven sea atendido en su hogar de acogida.

Administración clínica intensiva (ICM)

Es un programa que coordina todos los servicios cubiertos para miembros que tienen necesidades de Salud del comportamiento y deben ir con mucha frecuencia al hospital. La ICM le proporcionará la asistencia que usted pueda necesitar. Los administradores de atención trabajan con usted y con sus proveedores para coordinar su atención médica y sus servicios de Salud del comportamiento. Nuestros objetivos son ayudarlo a evitar tener una crisis y ayudarlo a vivir en la comunidad. La ICM es un programa voluntario, generalmente a corto plazo, diseñado para ser de naturaleza flexible para poder satisfacer las necesidades individuales de los miembros.

Apelación interna

Solicitud de un Miembro de MassHealth o Representante de apelación ante BeHealthy Partnership, o por servicios de Salud del comportamiento, ante MBHP, para revisar una Decisión adversa.

Consulta

Pregunta escrita o verbal de un Miembro al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE en relación con un aspecto de las operaciones de HNE que no muestra insatisfacción con el plan.

Testamento en vida

Directiva anticipada que puede usar una persona para identificar sus deseos de atención de la salud en caso de no poder comunicarlos por sí sola.

Atención administrada

Un sistema de suministro de atención de la salud que brinda y coordina un PCP. El objetivo es un sistema que brinde valor al suministrar acceso a atención de la salud de calidad y rentable.

MassHealth

Un programa de atención de la salud que opera la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts. El programa de seguro de salud nacional conocido como Medicaid se llama MassHealth en Massachusetts. BeHealthy Partnership cubre a Miembros de MassHealth en virtud de los planes Standard, CarePlus y Family Assistance.

MassHealth CarePlus

Plan de beneficios de MassHealth que ofrece una gama completa de beneficios de salud para ciertos Miembros elegibles de 21 a 64 años de edad.

MassHealth CommonHealth

Un plan de beneficios de MassHealth que ofrece beneficios de salud a ciertos niños discapacitados menores de 18 años, y a ciertos adultos discapacitados, que trabajen o no, de 18 a 64 años.

MassHealth Family Assistance

Un plan de beneficios de MassHealth que ofrece beneficios de salud a ciertos Miembros elegibles, incluidas familias y niños menores de 18 años.

MassHealth Standard

Un plan de beneficios de MassHealth que ofrece una gama completa de beneficios de salud a ciertos Miembros elegibles, incluidas familias, niños menores de 18 años, embarazadas y personas discapacitadas menores de 65 años.

Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP)

La organización contratada por BeHealthy Partnership para administrar los Servicios cubiertos por trastornos por consumo de sustancias y de salud mental de BeHealthy Partnership, si son Médicamente necesarios.

Servicios médicamente necesarios

Servicios que cumplan estos requisitos: (1) según se calcule de manera razonable, deben evitar, diagnosticar, evitar empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones del Miembro que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, causen deformidades físicas o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad o provoquen enfermedades o dolencias; (2) no deben tener servicio médico o lugar de servicio comparable disponible o adecuado para el Miembro que solicita el servicio, que sea más conservador o menos costoso; y (3) deben tener una calidad tal que cumpla con los estándares generalmente aceptados de la atención médica.

Medicare

El programa en virtud del gobierno federal que brinda cobertura a personas mayores de 65 años, personas con enfermedad renal en etapa terminal o ciertas personas discapacitadas calificadas.

Miembro

Persona inscrita en BeHealthy Partnership y MassHealth.

Manual del miembro

Este documento, que incluye una lista específica de sus Servicios cubiertos (CarePlus, CommonHealth, Family Assistance o Standard) y explica su cobertura, nuestras obligaciones, y sus derechos y obligaciones como Miembro de nuestro plan.

Tarjeta de identificación de miembro (para BeHealthy Partnership)

La tarjeta que identifica a una persona como Miembro de BeHealthy Partnership. La Tarjeta de Miembro incluye el número de identificación de Miembro y la información sobre la cobertura del Miembro. Hay que mostrar la Tarjeta de Miembro a los Proveedores antes de recibir los servicios.

Tarjeta de identificación de miembro (para MassHealth)

La tarjeta que identifica a una persona como Miembro de MassHealth. La Tarjeta de Miembro incluye el número de identificación de Miembro y la información sobre la cobertura del Miembro. Hay que mostrar la Tarjeta de Miembro a los Proveedores antes de recibir los servicios.

Red

El grupo de Proveedores contratados por HNE para brindar servicios de atención de la salud a Miembros de BeHealthy Partnership.

Fuera de la red

Proveedores que no formen parte de la Red de BeHealthy Partnership.

Programas de farmacia

Programas que proporcionan procedimientos de administración farmacéutica de gran alcance diseñados para mejorar la calidad de la atención y la administración de utilización para nuestros clientes. Estos programas se basan en los requisitos clínicos, los hallazgos empíricos y el aporte de profesionales expertos. Los programas incluyen funciones de administración de utilización para la administración de formularios e iniciativas de calidad para mejorar la atención clínica y la seguridad del paciente.

Atención de posestabilización

Servicios médicamente necesarios relacionados con una afección médica o de Salud del comportamiento de Emergencia, suministrados después de que se estabilizó correctamente la afección de la persona para

mantener, mejorar o resolver tal afección y así la persona pueda recibir el alta de manera segura o bien se la pueda trasladar a otro lugar.

Diagnóstico y pruebas preventivas pediátricas de atención de la salud

Servicios cubiertos por BeHealthy Partnership para menores de 21 años inscritos en los planes Family Assistance y CarePlus. Consulte la sección *“Beneficios de BeHealthy Partnership”* para obtener más información.

Proveedor de atención primaria (PCP)

Un médico primario o enfermero practicante elegidos por el Miembro o asignados por BeHealthy Partnership para brindar y coordinar las necesidades de atención de la salud del Miembro. Otros Proveedores de atención de la salud, como enfermeros registrados, enfermeros practicantes, asistentes médicos o enfermeras parteras, que actúen en nombre de un PCP o en consulta con este, pueden brindar servicios de atención primaria.

Autorización previa

Permiso de BeHealthy Partnership para recibir un servicio antes de haberse suministrado.

Información de salud protegida (PHI)

Información acerca de usted, incluida la información demográfica, que puede ser utilizada razonablemente para identificarlo y que está relacionada con su afección o salud mental o física pasadas, presentes o futuras, la provisión de su atención de la salud o el pago por esa atención.

Proveedor

Un centro o profesional de atención de la salud con licencia según lo exige la ley estatal. Entre los proveedores se incluyen médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, centros de enfermería especializada, enfermeros practicantes, enfermeros registrados, psiquiatras, trabajadores sociales, asesores de salud mental licenciados, Especialistas clínicos en enfermería de salud mental y psiquiátrica y otros. BeHealthy Partnership cubrirá los servicios de un Proveedor si esos servicios son Beneficios cubiertos y están dentro del alcance de la licencia del Proveedor.

Directorio de proveedores

Libro con la lista de centros y profesionales médicos afiliados de BeHealthy Partnership, incluidos PCP, Especialistas y Proveedores de salud del comportamiento.

Control de calidad

El programa que utiliza BeHealthy Partnership para revisar servicios clínicos para asegurarse de que son adecuados y cumplen con los estándares establecidos. Consulte la sección *“Programas para mantener servicios adecuados y de calidad”* para obtener más detalles.

Derivación

Recomendación de un PCP para que un Miembro reciba atención de parte de otro Proveedor diferente. BeHealthy Partnership no exige Derivaciones para servicios de Especialistas suministrados por Proveedores de la red de BeHealthy Partnership.

Atención de rutina

Atención que no es de Urgencia ni de Emergencia. Los ejemplos de Atención de rutina son exámenes físicos y visitas de atención de rutina para niños.

Segunda opinión

Consulta con un segundo Proveedor cuando el Miembro no está seguro sobre un servicio o procedimiento, prueba o tratamiento propuestos, o cuando el Miembro recibió información contradictoria sobre un diagnóstico.

Área de servicio

Área geográfica aprobada por MassHealth dentro de la cual BeHealthy Partnership desarrolló una Red de proveedores para brindar acceso adecuado a los Servicios cubiertos para Miembros de BeHealthy Partnership. El Área de servicio de BeHealthy Partnership incluye Northampton, Holyoke, Springfield y Westfield.

Especialista

Proveedor capacitado y certificado por el estado de Massachusetts para brindar servicios de especialidad. Entre los ejemplos se incluyen cardiólogos (médicos especialistas en el corazón), obstetras y dermatólogos (médicos de la piel).

Subrogación

Proceso por el cual BeHealthy Partnership recupera todo o parte de los costos de la atención de la salud de un miembro de otra fuente, cuando corresponda. Consulte la sección *“Cuando tiene otra cobertura”* para obtener más detalles.

Atención de urgencia

Atención médica que se requiere de inmediato para evitar trastornos de salud por síntomas que una persona prudente considere que no son una Emergencia pero que requieren atención médica. La Atención de urgencia no incluye la Atención de rutina.

Revisión de utilización

Revisión previa, concurrente o posterior al servicio para determinar la Necesidad médica.

Administración de utilización

Proceso de evaluación para determinar cobertura como también idoneidad y Necesidad médica de servicios médicos y de Salud del comportamiento.

APÉNDICE C

Anexo 1: Servicios cubiertos por la Organización responsable por la atención de la salud (ACO)

√ Indica un servicio cubierto.

El Contratista proporcionará a cada Inscrito cada uno de los Servicios cubiertos por la Organización responsable por la atención de la salud (Accountable Care Organization, ACO) que se mencionan a continuación por el importe, la duración y el alcance que sean Médicamente necesarios (según se define en la **Sección 1** de este Contrato), siempre que el Contratista no esté obligado a brindar cualquier Servicio cubierto por la ACO por encima de los límites de servicio establecidos explícitamente a continuación. Excepto en la medida en que dichos límites de servicio se establezcan a continuación, las siguientes descripciones generales de los Servicios cubiertos por la ACO no limitan la obligación del Contratista de prestar todos los servicios Médicamente necesarios.

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Tratamiento de acupuntura: inserción de agujas de metal en la piel en ciertos puntos en el cuerpo, con o sin el uso de hierbas, corriente eléctrica, fuente de calor en las agujas o en la piel, o ambas, para el alivio del dolor o la anestesia.	√		√
Hospital para pacientes internados agudos: todos los servicios para pacientes internados, como intervención diaria del médico, cirugía, obstetricia, radiología, laboratorio y otros procedimientos de tratamiento y diagnóstico. En la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados agudos se deben incluir los Días necesarios desde el punto de vista administrativo. El término "Día necesario desde el punto de vista administrativo" se define como un día de Internación para pacientes internados agudos en el que se pueden satisfacer las necesidades de atención de la salud del Inscrito en un entorno que no sea un Hospital para pacientes internados agudos y en el que un Inscrito esté clínicamente listo para el alta.	√	√	√
Cirugía ambulatoria/atención de la salud hospitalaria para pacientes ambulatorios: servicios dentales, médicos, de diagnóstico relacionados y quirúrgicos para pacientes ambulatorios.	√	√	√
Audiólogo: exámenes y evaluaciones de un audiólogo. Consulte los servicios para audífonos relacionados.	√	√	√
Servicios de Salud del comportamiento: consulte el Apéndice C, Anexo 3.	√	√	√
Extractores de leche: para mujeres embarazadas y madres de recién nacidos según lo que recete de manera específica su médico a cargo, en coherencia con las disposiciones de la Ley de Cuidado Asequible de 2010 y la Sección 274 del Capítulo 165 de las Leyes de 2014, incluidos, entre otros, un extractor de leche eléctrico doble por nacimiento o según sea médicamente necesario.	√	√	√

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Determinadas Pruebas y Recolecciones de Muestras de COVID-19: códigos G2023 y G2024 de recolecciones de muestras facturados con el modificador CG que se utilizan cuando el proveedor 1) cuenta con la presencia de un médico solicitante calificado en el sitio de recolección de muestras para solicitar pruebas diagnósticas de COVID-19 médicamente necesarias; y 2) se asegura de que el paciente recibe los resultados de las pruebas (junto con cualquier asesoramiento de seguimiento inicial, según corresponda), ya sea de forma directa o a través del médico solicitante del paciente.	✓	✓	✓
Servicios quiroprácticos: el Contratista es responsable de proporcionar el tratamiento de manipulación quiropráctica, las visitas al consultorio y los servicios de radiología a todos los Inscritos. El Contratista puede establecer un límite de servicio por Inscrito por Año del contrato de 20 visitas al consultorio o tratamientos de manipulación quiropráctica, o cualquier combinación de dichos servicios.	✓	✓	✓
Servicios de hospital de rehabilitación o para pacientes con enfermedades crónicas: servicios, para todos los niveles de atención de la salud, brindados en un hospital de rehabilitación o para pacientes con enfermedades crónicas, o una combinación de dichos servicios; 100 días por Año de contrato por Inscrito. El límite de 100 días no se aplicará a los Inscritos que reciben servicios de Cuidados paliativos. El Contratista deberá usar los siguientes criterios de cobertura/admisión de MassHealth para la admisión a un hospital de rehabilitación o para pacientes con enfermedades crónicas, y no puede solicitar la cancelación de la inscripción de un Inscrito que cumpla dichos criterios de cobertura hasta que el Inscrito agote el límite de 100 días en hospitales de esos tipos durante ese Año de contrato. Para conocer los criterios correspondientes, consulte el Título 130 del Code of Massachusetts Regulations (CMR) (Código de regulaciones de Massachusetts), Secciones 435.408, 435.409 y 435.410 (hospitales de rehabilitación).		✓	

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>Servicios en centros de enfermería y hospitales de rehabilitación para pacientes con enfermedades crónicas: servicios, para todos los niveles de atención de la salud, incluidos aquellos para Inscritos elegibles menores de 22 años de conformidad con los requisitos estatales aplicables, proporcionados en un centro de enfermería y un hospital de rehabilitación o para pacientes con enfermedades crónicas, o una combinación de estas instalaciones; 100 días por Año de contrato por Inscrito. El límite de 100 días no se aplicará a los Inscritos que reciben servicios de Cuidados paliativos, y el Contratista no podrá solicitar la cancelación de la inscripción de los Inscritos que reciben servicios de Cuidados paliativos en función del período de tiempo que están en un centro de enfermería. El Contratista deberá usar los siguientes criterios de cobertura/admisión de MassHealth para la admisión a un hospital de rehabilitación o para pacientes con enfermedades crónicas y un centro de enfermería, y no puede solicitar la cancelación de la inscripción de un Inscrito que cumpla dichos criterios de cobertura hasta que el Inscrito agote el límite de 100 días en instalaciones de esos tipos durante ese Año de contrato. Para conocer los criterios correspondientes, consulte el Título 130 del CMR, Secciones 456.408, 456.409, 456.410 y 435.408, 435.409 y 435.410 (hospitales de rehabilitación). Además, en el caso de los Inscritos menores de 22 años, el Contratista garantizará que sus centros de enfermería contratados cumplan las disposiciones pertinentes del Título 105 del CMR, Sección 150.000 y siguientes. El Contratista debe asegurarse de que sus centros de enfermería contratados establezcan y respeten una política por escrito con respecto al período de reserva de camas, de conformidad con la política de reserva de camas de MassHealth. Para conocer los criterios correspondientes, consulte el Título 130 del CMR, Sección 456.425.</p>	✓		✓
<p>Servicios dentales: servicios odontológicos relacionados con una emergencia según se describe en la sección “Servicios de emergencia” del Apéndice C, Anexo 1, y cirugía oral en un entorno ambulatorio como se describe en la sección “Cirugía ambulatoria/atención de la salud hospitalaria para pacientes ambulatorios” del Apéndice C, Anexo 1, que sean médicamente necesarios para tratar una afección médica.</p>	✓	✓	✓
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: capacitación y servicios de formación para el autocontrol de la diabetes proporcionados a una persona con prediabetes o diabetes por parte de un médico o determinados proveedores acreditados de nivel medio (p. ej., enfermeros registrados, asistentes médicos, enfermeros practicantes y nutricionistas con licencia).</p>	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Diálisis: servicios de laboratorio, medicamentos recetados, cambio de tubos y adaptadores, y capacitación relacionada con la hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal cíclica continua, y diálisis peritoneal ambulatoria continua.	✓	✓	✓
Equipo médico duradero y suministros médicos/quirúrgicos: 1) Equipo médico duradero: productos que (a) se fabrican habitualmente con el objetivo principal de cumplir con un fin médico; (b) generalmente no son útiles ante la ausencia de una enfermedad o lesión; (c) pueden soportar el uso repetido durante un período prolongado de tiempo; y (d) son adecuados para el uso domiciliario. Se incluye, entre otros, la compra de equipo médico, las piezas de repuesto y las reparaciones de dichos equipos, tales como: bastones, muletas, sillas de ruedas (manuales, motorizadas, personalizadas y de alquiler), andadores, tapas de inodoros, camas especiales, equipos de monitoreo; y el alquiler de Sistemas personales de respuesta en caso de emergencia (Personal Emergency Response Systems, PERS). 2) Suministros médicos/quirúrgicos: productos médicos o de tratamiento que (a) se fabrican habitualmente con el objetivo principal de cumplir con un fin médico o quirúrgico; (b) se utilizan en el tratamiento de una afección médica específica; y (c) no son reutilizables y son desechables (se incluyen, entre otros, artículos como catéteres urinarios, apósitos y pañales).	✓	✓	✓
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT): los niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años inscritos en MassHealth Standard y CommonHealth tienen derecho a recibir servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT), incluidos los servicios Médicamente necesarios enumerados en el Título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), Sección 1396d (a) y (r), y que se descubran como resultado de una prueba de detección médica.	✓		
Intervención temprana: visitas para niños, visitas individuales en el centro, grupos infantiles comunitarios, grupos infantiles solo de intervención temprana y sesiones grupales orientadas a los padres; evaluaciones; e ingreso/exámenes de detección. El Contratista puede establecer un límite de servicio que restrinja los Servicios de intervención temprana a los Inscritos menores de 3 años.	✓	✓	

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Servicios de emergencia: servicios para pacientes internados y ambulatorios cubiertos, incluidos los servicios de Salud del comportamiento, que un Inscrito recibe por parte de un proveedor calificado para proporcionar dichos servicios en virtud del Título XIX de la Ley de Seguro Social y que son necesarios para evaluar o estabilizar una Afección médica de emergencia del Inscrito.	✓	✓	✓
Planificación familiar: servicios médicos y de asesoramiento de planificación familiar, atención de la salud de seguimiento, actividades de divulgación y formación comunitarias. Conforme a la ley federal, un Inscrito puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor de dichos servicios de MassHealth sin la autorización del Contratista.	✓	✓	✓
Barniz de flúor: los pediatras y otros profesionales de atención de la salud calificados (auxiliares médicos, enfermeros practicantes, enfermeros registrados y enfermeros con licencia) pueden aplicar el Barniz de flúor a los Inscritos elegibles de MassHealth menores de 21 años durante una visita pediátrica de atención de la salud preventiva. Este servicio está diseñado principalmente para niños de hasta 3 años; sin embargo, el servicio está permitido para niños hasta los 21 años en casos en que el Inscrito no tenga acceso a un dentista y el servicio sea Médicamente necesario, según lo determinado por una herramienta de evaluación de riesgo de caries (Caries Assessment Tool, CAT).	✓	✓	
Audífonos: el Contratista es responsable de proporcionar y abastecer audífonos, tapones para los oídos, impresiones de oídos, baterías, accesorios, asistencia e instrucción sobre el uso, el cuidado y el mantenimiento de audífonos, y préstamo de audífonos al Inscrito, cuando sea necesario.	✓	✓	✓
Servicios médicos domiciliarios: entre los servicios se incluyen visitas de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitentes, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de terapia del habla y del lenguaje, visitas para la administración de medicamentos y servicios de un asistente de salud a domicilio. Consulte la Sección 403.000 del CMR y el Boletín 54 de la Agencia de servicios de salud domiciliarios de MassHealth (junio de 2019).	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>Cuidados paliativos: un paquete de servicios diseñados para satisfacer las necesidades de pacientes con enfermedades terminales como servicios de enfermería, servicios sociales médicos, del médico, de asesoramiento, de fisioterapia, de terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje, servicios de empleada doméstica/asistente de salud a domicilio, suministros médicos, medicamentos y equipo médico duradero y otros suministros, atención general para pacientes internados a corto plazo, cuidados paliativos a corto plazo, y habitación y comida en un centro de enfermería; sin embargo, el límite de 100 días sobre los servicios de atención de la salud institucional no se aplicará a un Inscrito que reciba servicios de Cuidados paliativos. Entre los servicios de cuidados paliativos cubiertos por el Contratista se incluirán habitación y comida en un centro de enfermería conforme al Título 130 del CMR, Sección 437.424(B). Los cuidados paliativos son un beneficio con todo incluido. El Inscrito tiene que elegir el beneficio de Cuidados paliativos y, al elegirlo, dicho Inscrito renuncia a su derecho a los servicios independientes que, de otro modo, tendría incluidos como parte del beneficio de Cuidados paliativos. Si un Inscrito elige los Cuidados paliativos, renuncia a sus derechos durante la elección de cuidados paliativos a cualquier servicio relacionado con el tratamiento de la afección terminal para la que se eligieron los cuidados paliativos o que son equivalentes a los cuidados paliativos. Sin embargo, los Inscritos menores de 21 años que hayan elegido el beneficio de Cuidados paliativos tendrán cobertura para el tratamiento curativo y todos los Servicios cubiertos o no por la ACO que sean Médicamente necesarios para los Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth.</p>	✓	✓	✓
<p>Infertilidad: diagnóstico de infertilidad y tratamiento de una afección médica subyacente.</p>	✓	✓	✓
<p>Laboratorio: todos los servicios necesarios para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de una enfermedad, y para el mantenimiento de la salud de los Inscritos. Todos los laboratorios que presten servicios en virtud de este Contrato deben cumplir los requisitos de certificación establecidos en la Sección 2.8. H.4., incluidas todas las vacunas médicamente necesarias no cubiertas por el Departamento de Salud Pública de la Mancomunidad de Massachusetts.</p>	✓	✓	✓
<p>Terapia nutricional médica: servicios nutricionales, de diagnóstico, terapéuticos y de asesoramiento para tratar una afección médica que son proporcionados por un médico, dietista/nutricionista con licencia, u otros proveedores acreditados de nivel medio (p. ej., enfermeros registrados, asistentes médicos y enfermeros practicantes).</p>	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Dispositivos ortopédicos: aparatos ortopédicos (no dentales) y otros dispositivos mecánicos o fabricados a medida para sostener o corregir un defecto en la forma o función del cuerpo humano. En el caso de las personas mayores de 21 años, se aplican determinadas limitaciones. Consulte el subcapítulo 6 del Manual de dispositivos ortopédicos.	✓	✓	✓
Farmacia: el Contratista es responsable de proporcionar medicamentos recetados y de venta libre como se describe a continuación. <p>1) Medicamentos recetados: medicamentos con receta que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. El Contratista puede limitar la cobertura a aquellos medicamentos fabricados por compañías que hayan firmado acuerdos de descuento con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, conforme al Título 42 del U.S.C., Sección 1396r-8.</p> <p>2) Medicamentos de venta libre: El Contratista puede limitar la cobertura a aquellos medicamentos fabricados por compañías que hayan firmado acuerdos de descuento con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, conforme al Título 42 del U.S.C., Sección 1396r-8. Excepto con respecto a la insulina, el Contratista también puede limitar los medicamentos de venta libre para los Inscritos mayores de 21 años a aquellos que son necesarios para la vida y la seguridad del Inscrito.</p>	✓	✓	✓
Médico (primario y especialista): todos los servicios médicos, del pediatra especialista en desarrollo, de psiquiatría, radiológicos, de laboratorio, de anestesia y quirúrgicos, incluidos los servicios prestados por enfermeros practicantes que trabajan como proveedores de atención primaria y los servicios prestados por enfermeras parteras.	✓	✓	✓
Podología: el Contratista es responsable de brindar servicios según lo certifique un médico, incluidos los servicios médicos, radiológicos, quirúrgicos y de laboratorio. Para conocer las restricciones con respecto a la cobertura de dispositivos ortopédicos, consulte la descripción del servicio "Dispositivos ortopédicos" mencionando anteriormente.	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Servicios de diagnóstico y pruebas preventivas pediátricas de atención de la salud: los niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años que estén inscritos en los planes MassHealth Basic, Essential o Family Assistance tienen derecho a recibir servicios de diagnóstico y pruebas preventivas pediátricas de atención de la salud, como se describe en el Título 130 del CMR, Sección 450.150.		✓	
Servicios y dispositivos protésicos: evaluación, fabricación, adaptación y provisión de una prótesis. Se aplican determinadas limitaciones en el caso de las personas mayores de 21 años. Consulte el subcapítulo 6 del Manual de prótesis.	✓	✓	✓
Radiología y pruebas de diagnóstico: radiografías, radiografías portátiles, resonancias magnéticas (Magnetic Resonance Imagery, MRI) y otros servicios de radiología y de diagnóstico, incluidos los servicios de radiación u oncología prestados en centros de oncología de radiación (Radiation Oncology Center, ROC) que son independientes de un servicio médico u hospital para pacientes ambulatorios agudos.	✓	✓	✓
Control del Paciente a Distancia (COVID-19 RPM): servicios combinados para facilitar el control en el hogar de los Inscritos con diagnóstico positivo o sospecha de COVID-19 que no necesitan un nivel de atención hospitalaria o en una sala de emergencias, pero que necesitan control riguroso continuo. Los servicios combinados para el Control del Paciente con COVID-19 a Distancia (COVID-19 Remote Patient Monitoring, COVID-19 RPM) incluyen todos los servicios clínicos médicamente necesarios para facilitar los siete días de control riguroso en el hogar de los miembros con diagnóstico positivo o sospecha de COVID-19. Los detalles acerca de la cobertura de MassHealth de los servicios combinados para el RPM pueden encontrarse en el Boletín 294 de Todos los Proveedores, con sus eventuales actualizaciones. El Contratista debe cubrir el conjunto de servicios para el RPM según se indica en el Boletín 294 de Todos los Proveedores, con sus eventuales actualizaciones, cuando dichos servicios se brindan como servicios de Medicaid. El Contratista puede determinar su propia tasa de pago por el conjunto de servicios para el RPM.	✓	✓	✓
Servicios del centro de salud escolar: todos los Servicios cubiertos por la ACO establecidos en este Apéndice C y prestados en Centros de salud escolares (School Based Health Center, SBHC), cuando estos servicios son prestados por un hospital o un centro de salud con licencia de un hospital, según lo descrito por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHS).	✓	✓	

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>Terapia: tratamiento individual (incluido el diseño, la fabricación y la adaptación de un dispositivo ortopédico, una prótesis u otros dispositivos de tecnología asistiva), evaluación integral y terapia grupal.</p> <p>1) Fisioterapia: evaluación, tratamiento y restauración al nivel de funcionamiento normal o al mejor posible de los sistemas neuromuscular, musculo esquelético, cardiovascular y respiratorio.</p> <p>2) Terapia ocupacional: evaluación y tratamiento diseñados para mejorar, desarrollar, corregir, rehabilitar o prevenir la degeneración de funciones que afectan las actividades de la vida diaria que se han perdido, deteriorado o reducido como resultado de afecciones médicas agudas o crónicas, anomalías congénitas o lesiones.</p> <p>3) Terapia del habla y la audición: evaluación y tratamiento de trastornos del habla y el lenguaje, la voz, la audición y la fluidez.</p>	✓	✓	✓
<p>Servicios para dejar de fumar: asesoramiento para dejar de fumar de forma individual y grupal presencialmente, según se define en el Título 130 del CMR, Secciones 433.435(B), 405.472 y 410.447, y tratamiento farmacoterapéutico, incluida la terapia de reemplazo de nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT).</p>	✓	✓	✓
<p>Transporte de emergencia: transporte en ambulancia (aérea y terrestre) generalmente no programado, pero necesario en casos de Emergencia, incluido el Transporte de atención de la salud especializado, que consiste en el transporte en ambulancia de un Inscrito lesionado o enfermo en estado crítico de un centro de atención a otro, y que requiere atención más allá del área de competencia de un paramédico.</p>	✓	✓	✓
<p>Transporte (casos que no sean de emergencia a lugares fuera del estado): servicios de ambulancias y otras empresas de transporte habituales que generalmente se programan con anterioridad para transportar a un Inscrito a un servicio situado fuera de un radio de 50 millas de la frontera de Massachusetts.</p>	✓		✓
<p>Atención de la vista (componente médico): exámenes de la vista (a) una vez cada 12 meses para Inscritos menores de 21 años, (b) una vez cada 24 meses para los Inscritos mayores de 21 años y, para todos los Inscritos, cuando sea Médicamente necesario; ejercicios para la vista, prótesis ocular, lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarios como tratamiento médico para una afección médica como queratocono; y lentes terapéuticas.</p>	✓	✓	✓
<p>Pelucas: recetadas por un médico en relación con una afección médica.</p>	✓	✓	✓

Apéndice C

Anexo 2: Servicios no cubiertos por la Organización responsable por la atención de la salud (ACO)

√ Indica un servicio no cubierto por la ACO (servicio integral)

El Contratista no necesita proporcionar, pero debe coordinar la provisión de todos los servicios de MassHealth para cada Inscrito (consulte el Título 130 del CMR, desde Secciones 400.000 hasta 499.000) para los que dicho Inscrito es elegible (consulte el Título 130 del CMR, Sección 450.105) pero que actualmente no son Servicios cubiertos por la ACO. En la coordinación de dichos servicios se incluirá, entre otros, informar al Inscrito sobre la disponibilidad de tales servicios y los procesos para acceder a dichos servicios. La lista general y descripciones que figuran a continuación sobre los servicios de MassHealth que no están cubiertos por la ACO no constituyen un límite en la obligación del Contratista de coordinar todos estos servicios para cada Inscrito elegible para recibir esos servicios.

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Aborto: se incluye, además del procedimiento en sí, la evaluación, el examen y el asesoramiento prequirúrgicos, los servicios de laboratorio (incluida una prueba de embarazo, de tipo de sangre y de factor Rh), el factor Rh, la inmunoglobulina (D) (humana), la anestesia (general o local), la ecografía y la atención posquirúrgica (de seguimiento). El aborto no es un servicio de planificación familiar. El procedimiento en sí tiene financiación del gobierno federal solo en las siguientes situaciones: (1) si el embarazo es resultado de una violación o un incesto; o (2) en caso de que la mujer sufra una lesión o enfermedad física, incluida una afección física que pone en riesgo la vida provocada por el embarazo o como resultado de dicho embarazo y que, según la certificación de un médico, ponga a la mujer en peligro de muerte a menos que se practique un aborto. Dichos servicios pueden prestarse en el consultorio de un médico, en una clínica o en el hospital, y están sujetos a las limitaciones impuestas por la ley vigente y las reglamentaciones administrativas y de facturación.	√	√	√
Prótesis dentales para adultos: prótesis parciales o totales, y reparaciones de dichas prótesis, para adultos mayores de 21 años.	√	√	√
Atención de la salud diurna para adultos: servicios solicitados por un médico y proporcionados a un Inscrito en un entorno de programa comunitario que esté disponible, al menos, de lunes a viernes durante ocho horas por día y que incluye lo siguiente: supervisión de enfermería y atención de la salud, terapia, asistencia con las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), actividades nutricionales, actividades de asesoramiento y administración de casos. Los servicios proporcionados tienen como base un plan de atención de la salud individual. El transporte hacia y desde el programa de Atención de la salud diurna para adultos lo organiza y reembolsa dicho programa. A fin de ser elegible para los Servicios de atención de la salud diurna para adultos, el Inscrito debe ser mayor de 18 años y necesitar asistencia con, al menos, una (1) de las ADL o un (1) servicio especializado; además, debe cumplir los criterios de elegibilidad descritos en el Título 130 del CMR, Sección 404.407	√		

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Hogar de acogida para adultos: servicios solicitados por un médico y proporcionados a un Inscrito en un entorno domiciliario que cumple las pautas de entorno calificado descritas en el Título 130 del CMR, Sección 408.435. Los servicios se basan en un plan de atención de la salud individual e incluyen la asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL), las actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) y otros servicios de atención de la salud personal según sean necesarios, servicios de enfermería y supervisión, y administración de atención de la salud. Un cuidador calificado que vive con el Inscrito en el entorno domiciliario presta la asistencia con las ADL, las IADL y otros servicios de atención de la salud personal. Un equipo multidisciplinario proporciona los servicios de enfermería, supervisión y administración de atención de la salud. A fin de ser elegible para los servicios de Hogar de acogida para adultos, el Inscrito debe ser mayor de 16 años y necesitar asistencia con, al menos, una (1) de las ADL; además, debe cumplir los criterios de elegibilidad descritos en el Título 130 del CMR, Sección 408.417.	✓		
Determinadas Pruebas Combinadas de COVID-19: pruebas combinadas de COVID-19 cuando un proveedor que ha firmado un contrato de condiciones especiales con la EOHHS las factura con el código A0999.	✓	✓	✓
Capítulo 766: evaluaciones domiciliarias y participación en las reuniones de equipo.	✓	✓	
Servicios de hospital de rehabilitación o para pacientes con enfermedades crónicas: servicios proporcionados en un hospital de rehabilitación o para pacientes con enfermedades crónicas, o una combinación de dichos servicios; más de 100 días por Año de contrato por Inscrito.		✓	✓
Servicios en centros de enfermería y hospitales de rehabilitación o para pacientes con enfermedades crónicas: (1) servicios prestados en un centro de enfermería y un hospital de rehabilitación o para pacientes con enfermedades crónicas, o una combinación de estas instalaciones, por más de 100 días por Año de Contrato por Inscrito, siempre que, no obstante, para los Inscritos que reciban servicios de Cuidados paliativos, el Contratista cubra los servicios en un centro de enfermería especializada sin límites; y (2) toda estadía de cualquier duración en un centro de enfermería para el tratamiento de la COVID-19 designado por la Mancomunidad.	✓		

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>Habilitación diurna: servicios prestados en un entorno de programa diurno comunitario que esté abierto, al menos, de lunes a viernes durante seis horas por día y que incluya una programación diaria en función de las actividades y terapias necesarias para alcanzar las metas y los objetivos individuales. Las metas y los objetivos se detallan en un plan de servicios de habilitación diurnos y están diseñados para ayudar a que el Inscrito alcance su nivel óptimo de capacidades físicas, cognitivas, psicosociales y ocupacionales. A fin de ser elegible para los servicios de habilitación diurnos, el Inscrito debe ser mayor de 18 años, tener un diagnóstico de retraso mental o discapacidad del desarrollo, y cumplir los criterios de elegibilidad descritos en el Título 130 del CMR, Sección 419.434.</p>	✓		
<p>Atención de la salud dental: servicios preventivos y básicos para la prevención y el control de las enfermedades dentales, y el mantenimiento de la salud bucal en niños y adultos según lo descrito en el Título 130 del CMR, Sección 420.000.</p>	✓	✓	✓
<p>Hogar de acogida grupal para adultos: servicios solicitados por un médico que se prestan a un Inscrito en un entorno residencial grupal, tales como las viviendas asistidas o viviendas para ancianos, con subsidio o de apoyo. Los servicios de Hogar de acogida grupal para adultos se basan en un plan de atención de la salud individual e incluyen lo siguiente: ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL), las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) y otros servicios de atención de la salud personal según sea necesario, servicios de enfermería, supervisión y administración de atención de la salud. Un trabajador de atención de la salud directo empleado o contratado por el Proveedor del Hogar de acogida grupal para adultos proporciona la asistencia con las ADL, las IADL y otros servicios de atención de la salud personal; los servicios de enfermería, supervisión y administración de atención de la salud los presta un equipo multidisciplinario. A fin de ser elegible para los servicios de Hogar de acogida grupal para adultos, el Inscrito debe ser mayor de 22 años y necesitar asistencia con, al menos, una (1) de las ADL.</p>	✓		

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Servicios intensivos de intervención temprana: servicios prestados a niños menores de tres años que tienen un diagnóstico de trastorno del espectro autista (Autism Spectrum Disorder, ASD) y cumplen con los criterios de elegibilidad clínica. Dichos servicios serán prestados únicamente por Proveedores de Servicios de intervención temprana aprobados por el Departamento de Salud Pública (Public Health Department, PHD).	✓	✓	
Servicios en un Centro de Aislamiento y Recuperación: servicios brindados a un Inscrito en un Centro de Aislamiento y Recuperación pagados por la EOHHS mediante el uso de las metodologías de pago descritas en el Boletín Administrativo AB 20-30, o según se describe en el Pedido de Solicitud (Request for Application, RFA) para Hospitales para Agudos.	✓	✓	✓
Programa “Keep Teens Healthy”: servicios brindados conforme al acuerdo de proveedores “Keep Teens Healthy” de la EOHHS.	✓	✓	
Asistente de atención personal: asistencia física con las actividades de la vida diaria (ADL), como bañarse, vestirse o peinarse, comer, trasladarse, ir al baño; administración de medicamentos y ejercicios pasivos en el rango de movimiento para Inscritos que tienen una discapacidad crónica o permanente que requiere asistencia física con dos (2) o más ADL. Si un Inscrito es clínicamente elegible para los servicios de un asistente de atención personal (Personal Care Attendant, PCA), también puede recibir asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), incluidas administrar el hogar, preparar comidas y llevar al Inscrito a los proveedores médicos.	✓		
Enfermería privada/enfermería especializada continua: una visita de enfermería de más de dos horas continuas para prestar servicios de enfermería. Este servicio puede ser prestado por una agencia de atención domiciliaria o por un Enfermero independiente.	✓		
Servicios del centro de salud escolar: todos los servicios establecidos en este Apéndice C y prestados en los SBHC, cuando estos servicios son prestados por un Centro de salud comunitario (lugar del servicio 03), según lo descrito por la EOHHS.	✓	✓	
Servicios de Telesalud de Proveedores de la Red: todos los servicios establecidos en este Apéndice C y proporcionados a través de telesalud, cuando estos servicios son prestados por un Proveedor de Telesalud de la Red perteneciente a la red de proveedores de MassHealth.	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Servicios de apoyo de transición (Transitional Support Services, TSS) para trastornos por consumo de sustancias (Nivel 3.1): administración de casos intensiva durante 24 horas a corto plazo y programación residencial psicoeducativa con servicios de enfermería disponibles para los Miembros con trastornos por consumo de sustancias que recientemente se han desintoxicado o estabilizado, y necesitan servicios adicionales de estabilización de transición antes de comenzar un programa residencial o comunitario. Los Inscritos que tengan trastornos simultáneos reciben la coordinación de transporte y las derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas. Las mujeres embarazadas reciben la coordinación de la atención de salud obstétrica.	✓	✓	✓
Transporte (que no sea de emergencia, a centros dentro del estado o a menos de 50 millas de la frontera de Massachusetts): transporte en ambulancia (terrestre), coche salón, taxi y servicios de empresas de transporte habituales que generalmente se programan con anterioridad para transportar a un Inscrito a un servicio cubierto ubicado dentro del estado o a menos de 50 millas de la frontera de Massachusetts.	✓		✓
Atención de la vista (sin componentes médicos): prescripción y entrega de suministros oftálmicos, incluidos anteojos y otros dispositivos de ayuda visual, sin incluir lentes de contacto.	✓	✓	✓

Apéndice C

Anexo 3: Servicios de Salud del comportamiento cubiertos por la ACO

✓ indica un servicio cubierto

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>Servicios para pacientes internados: servicios durante las 24 horas, prestados en un entorno hospitalario con licencia u operado por el estado, que ofrece la intervención clínica para diagnósticos de salud mental, consumo de sustancias o ambos servicios. Este servicio no incluye la atención psiquiátrica continua para pacientes internados que se presta en un centro que proporcione dichos servicios, según lo especifica la EOHHS. (Consulte los detalles a continuación)</p>			
<p>1. Servicios de salud mental para pacientes internados: servicios hospitalarios para evaluar y tratar una afección psiquiátrica aguda que 1) tiene un brote relativamente repentino; 2) tiene una duración breve y grave; 3) representa un peligro importante para la persona o para los demás; o 4) generó una importante disfunción psicosocial o una incapacidad mental grave.</p>	✓	✓	✓
<p>2. Servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados (Nivel 4): servicios hospitalarios que ofrecen el régimen de desintoxicación con la evaluación, la atención de la salud y el tratamiento controlados por un médico para los Inscritos que tienen trastornos por abuso de sustancias psicoactivas en un entorno médicamente administrado.</p>	✓	✓	✓
<p>3. Observación/reserva de camas: servicios hospitalarios durante un período de hasta 24 horas a fin de evaluar, estabilizar e identificar los recursos adecuados para los inscritos.</p>	✓	✓	✓
<p>4. Servicios de día necesario desde el punto de vista administrativo (Administratively Necessary Day, AND): uno o más días de internación para pacientes internados proporcionados a los Inscritos cuando están clínicamente listos para el alta, pero no se encuentra disponible un entorno apropiado. Entre los servicios se incluirán aquellos servicios clínicos continuados que correspondan.</p>	✓	✓	✓
<p>Servicios alternativos a la internación: servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias que se prestan como alternativas adecuadas desde el punto de vista clínico a los servicios de Salud del comportamiento para pacientes internados o para asistir a un Inscrito que regresa a la comunidad luego de la colocación en un entorno agudo durante las 24 horas del día, o bien para ofrecer apoyo intensivo para mantener el funcionamiento en la comunidad. Hay dos categorías de Servicios alternativos a la internación: los que se prestan en un centro de atención las 24 horas del día y los que son proporcionados en un entorno o centro que no funciona durante las 24 horas del día. (Consulte los servicios detallados a continuación)</p>			

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Servicios alternativos a la internación de 24 horas:			
<p>a. Estabilización de crisis comunitaria: servicios que se proporcionan como alternativa a la internación, incluido el tratamiento psiquiátrico a corto plazo en entornos terapéuticos estructurados y comunitarios. La estabilización de crisis comunitaria proporciona observación y supervisión continua durante las 24 horas del día para Inscritos que no necesitan Servicios para pacientes internados.</p>	✓	✓	✓
<p>b. Tratamiento agudo comunitario para niños y adolescentes (Community-Based Acute Treatment for Children and Adolescents, CBAT): servicios de salud mental prestados en un entorno con personal seguro durante las 24 horas del día, con suficiente personal clínico a fin de garantizar la seguridad del niño o adolescente y, al mismo tiempo, prestar servicios terapéuticos intensivos, incluidos, entre otros, supervisión diaria de medicamentos, evaluación psiquiátrica, disponibilidad de enfermería, asistencia especial (según sea necesaria), terapia individual, grupal y familiar, administración de casos, evaluación y consulta familiar, planificación del alta y pruebas psicológicas, según sea necesarias. Este servicio se puede usar como una alternativa a los Servicios para pacientes internados o una transición desde dichos servicios.</p>	✓	✓	
<p>c. Servicios de tratamiento agudo (Acute Treatment Services, ATS) para trastornos por consumo de sustancias (Nivel 3.7): servicios de tratamiento para adicciones supervisados médicamente durante las 24 horas del día, los siete días de la semana, que ofrecen evaluación y control de la abstinencia. Los servicios de control de la abstinencia son ofrecidos por el personal de enfermería y asesoramiento según un protocolo aprobado y procedimientos supervisados por un médico; e incluyen lo siguiente: evaluación biopsicosocial, asesoramiento individual y grupal, grupos psicoeducativos y planificación del alta hospitalaria. Las mujeres embarazadas reciben servicios especializados para garantizar el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y la atención de salud obstétrica. Las personas que tengan trastornos simultáneos reciben servicios especializados para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas. Estos servicios se pueden brindar mediante programas independientes con licencia o programas hospitalarios.</p>	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>d. Servicios clínicos de apoyo para trastornos por consumo de sustancias (Nivel 3.5): servicios de tratamiento durante las 24 horas del día, que se pueden usar de forma independiente o luego de los Servicios de tratamiento agudo para trastornos por consumo de sustancias; incluyen formación y asesoramiento intensivos sobre la naturaleza de la adicción y sus consecuencias, actividades de participación de las familias y los seres queridos, y planificación de la atención posterior para las personas que comienzan a recuperarse de las adicciones. Los Inscritos que tengan trastornos simultáneos reciben la coordinación de transporte y las derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas. Las mujeres embarazadas reciben la coordinación de la atención de salud obstétrica.</p>	✓	✓	✓
<p>e. Unidad de atención de transición (Transitional Care Unit, TCU): programa terapéutico comunitario que ofrece altos niveles de supervisión, estructura e intensidad del servicio dentro de un entorno sin restricciones de salida. El programa presta servicios a niños y adolescentes menores de 19 años que están bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF), para quienes se ha determinado que necesitan servicios de atención de la salud grupal o de hogar de acogida, y que ya no cumplen con los criterios clínicos para la estadia continua en un nivel de atención de la salud agudo. La TCU ofrece servicios completos, incluidos, entre otros, un entorno terapéutico, servicios de psiquiatría, administración de casos agresivos y terapias multidisciplinarias y multimodales.</p>	✓	✓	

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
Servicios de rehabilitación residencial para trastornos por consumo de sustancias (Nivel 3.1)			
<p>a. Servicios de rehabilitación residencial para adultos con trastornos por consumo de sustancias (Nivel 3.1): programa residencial durante las 24 horas del día que ofrece un entorno de rehabilitación estructurado e integral que fomenta la independencia, resiliencia y recuperación de los problemas con el alcohol u otras drogas de cada residente. Se prestan servicios de rehabilitación programados y orientados a las metas junto con apoyo y asistencia continuas para desarrollar y mantener las habilidades interpersonales necesarias para llevar un estilo de vida sin consumo de alcohol o drogas. Los Miembros reciben al menos cinco horas de terapia individual o grupal por semana, además de administración de casos, psicoeducación y actividades de rehabilitación basadas en el entorno. Los programas residenciales con licencia o aprobados para prestar servicios a mujeres embarazadas y que están atravesando el posparto ofrecen evaluación y administración de necesidades ginecológicas u obstétricas y otras necesidades prenatales, planes de tratamiento que abordan la formación sobre las habilidades de crianza, información sobre el desarrollo infantil, apoyo para los padres, planificación familiar, nutrición y oportunidades para grupos de desarrollo y relaciones entre padres e hijos. Los Inscritos que tengan trastornos simultáneos reciben la coordinación de transporte y las derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas.</p>	✓	✓	✓
<p>b. Servicios de rehabilitación residencial familiar para trastornos por consumo de sustancias (Nivel 3.1): entorno residencial que funciona las 24 horas del día para familias en las que uno de los padres tiene un trastorno por consumo de sustancias y está embarazada, tiene la custodia de al menos un hijo o tiene un plan de reagrupación física con al menos un hijo en el plazo de 30 días desde la admisión. Se prestan servicios de rehabilitación programados y orientados a las metas para respaldar a padres e hijos junto con apoyo y asistencia continuas para desarrollar y mantener las habilidades interpersonales y de crianza necesarias para llevar un estilo de vida sin consumo de alcohol o drogas, y fomentar la reunificación y estabilidad familiares. Los Inscritos reciben al menos cinco horas de terapia individual o grupal por semana, además de administración de casos, psicoeducación y actividades de rehabilitación basadas en el entorno.</p>	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>c. Servicios de rehabilitación residencial para jóvenes en edad de transición y jóvenes adultos con trastornos por consumo de sustancias (Nivel 3.1): programa residencial apropiado para el nivel de desarrollo durante las 24 horas del día diseñado específicamente para jóvenes en edad de transición (de 16 a 21 años) o jóvenes adultos (de 18 a 25 años) que ofrece un entorno de rehabilitación estructurado e integral que fomenta la independencia, resiliencia y recuperación de los problemas con el alcohol u otras drogas de cada residente. Se prestan servicios de rehabilitación programados y orientados a las metas junto con apoyo y asistencia continuas para desarrollar y mantener las habilidades interpersonales necesarias para llevar un estilo de vida sin consumo de alcohol o drogas. Los Inscritos reciben al menos cinco horas de terapia individual o grupal por semana, además de administración de casos, psicoeducación y actividades de rehabilitación basadas en el entorno. Los Inscritos que tengan trastornos simultáneos reciben la coordinación de transporte y las derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas.</p>	✓	✓	✓
<p>d. Servicios de rehabilitación residencial para jóvenes con trastornos por consumo de sustancias (Nivel 3.1): programa residencial apropiado para el nivel de desarrollo durante las 24 horas del día con personal y asistencia mejoradas y diseñado específicamente para jóvenes de 13 a 17 años que ofrece un entorno de rehabilitación estructurado e integral que fomenta la independencia, resiliencia y recuperación de los problemas con el alcohol u otras drogas de cada residente. Se prestan servicios de rehabilitación programados y orientados a las metas junto con apoyo y asistencia continuas para desarrollar y mantener las habilidades interpersonales necesarias para llevar un estilo de vida sin consumo de alcohol o drogas. Los Miembros reciben al menos cinco horas de terapia individual o grupal por semana, además de administración de casos, psicoeducación y actividades de rehabilitación basadas en el entorno. Los Inscritos que tengan trastornos simultáneos reciben la coordinación de transporte y las derivaciones a proveedores de salud mental para garantizar el tratamiento de sus afecciones psiquiátricas simultáneas.</p>	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard Assistance	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>e. Servicios de rehabilitación residencial mejorados para trastornos por consumo de sustancias simultáneos (Nivel 3.1): entorno seguro, estructurado, que funciona las 24 horas del día, ubicado en la comunidad, que respalda la recuperación del Inscrito de adicciones y afecciones de salud mental de moderadas a graves y, al mismo tiempo, lo reintegra a la comunidad y al ámbito social, vocacional/laboral o educativo. Se prestan servicios clínicos programados y orientados a las metas junto con servicios de psiquiatría y administración de medicamentos para respaldar la estabilización y el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr la recuperación. Los servicios clínicos se prestan, como mínimo, durante cinco horas por semana y se puede acceder a niveles de atención de la salud adicionales para pacientes ambulatorios simultáneamente, según corresponda. Los programas garantizarán que los Miembros tengan acceso a los médicos que recetan medicamentos para trastornos psiquiátricos y adicciones.</p>	✓	✓	✓
<p>f. Servicios residenciales de alta intensidad específicos para la población (Nivel 3.3): tratamiento mejorado para las adicciones estructurado durante las 24 horas del día para atender a los Inscritos que requieren una programación especializada y adaptada debido al deterioro cognitivo y de otras funciones provocado por afecciones comórbidas (p. ej., lesión cerebral, trastorno del espectro alcohólico fetal, demencia, tratamiento antibiótico intravenoso [Intravenous, IV]). Este servicio puede requerir modificaciones en el personal, el entorno y la programación clínica para que los Inscritos que tengan deterioro cognitivo o funcional puedan participar plenamente en las actividades de tratamiento.</p>	✓	✓	✓
Servicios alternativos a la internación de menos de 24 horas			
<p>a. Programa de apoyo comunitario (Community Support Program, CSP): conjunto de servicios prestados por un equipo comunitario, móvil y multidisciplinario de profesionales y paraprofesionales. Estos programas ofrecen servicios esenciales a los Inscritos con vastos antecedentes de trastornos psiquiátricos o por consumo de sustancias y a sus familias, a los Inscritos que tienen distintos grados de mayor riesgo médico o a los niños o adolescentes que tienen problemas de Salud del comportamiento que les impiden alcanzar su nivel óptimo de funcionamiento en el hogar o el entorno comunitario.</p>	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard Assistance	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
En el programa se incluyen servicios de participación y apoyo prestados en un entorno comunitario, que tendrá diferencias con respecto a las horas, el tipo y la intensidad de los servicios según las necesidades cambiantes del Inscrito.			
b. Internación parcial (PHP): los servicios de internación parcial (Partial Hospitalization, PHP), una alternativa a los Servicios de salud mental para pacientes internados, ofrecen una programación de salud mental diurna a corto plazo, disponible de cinco a siete días por semana. Estos servicios consisten en el tratamiento agudo terapéuticamente intensivo en un entorno terapéutico estable e incluyen el control psiquiátrico diario.	✓	✓	✓
c. Tratamiento psiquiátrico diurno: servicios que constituyen un programa combinado planificado de servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación prestados a una persona con una enfermedad mental que necesita un tratamiento más activo o inclusivo y que, generalmente, está disponible a través de una visita semanal a un centro de salud mental, en el consultorio de un Proveedor en particular o en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, pero que no requiere internación durante las 24 horas del día.	✓	✓	✓
d. Programa estructurado de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios (Structured Outpatient Addiction Program, SOAP): servicios para trastornos por consumo de sustancias clínicamente intensivos, estructurados de día o por la noche. Estos programas se pueden usar como un servicio de transición en la atención de la salud continua de un Inscrito que recibió el alta del Tratamiento agudo por consumo de sustancias o lo pueden usar personas que necesitan Servicios para pacientes ambulatorios pero que también necesitan un tratamiento más estructurado para un trastorno por consumo de sustancias. Estos programas pueden incorporar la práctica basada en la evidencia de la Entrevista de motivación dentro de la programación clínica a fin de promover la planificación del tratamiento individual. En estos programas se pueden incluir servicios y personal especializados para poblaciones específicas, incluidas mujeres embarazadas, adolescentes y adultos que necesitan control durante las 24 horas del día.	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard Assistance	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>e. Programa intensivo para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP): servicio clínicamente intensivo diseñado para mejorar el estado funcional, proporcionar estabilización en la comunidad, evitar la admisión a un Servicio para pacientes internados o facilitar una reintegración rápida y estable a la comunidad después del alta de un Servicio para pacientes internados. El programa intensivo para pacientes ambulatorios (PIO) proporciona un tratamiento limitado, integral y multidisciplinario coordinado.</p>	✓	✓	✓
<p>f. Instrucción de recuperación: servicio no clínico brindado por pares con experiencia propia en Trastornos por consumo de sustancias que han recibido una certificación como Instructores de recuperación. Los Inscritos elegibles se comunicarán con los Instructores de recuperación en momentos clave de su tratamiento y recuperación. Los Instructores de recuperación se reúnen con los Inscritos y facilitan el inicio y el compromiso con el tratamiento de dicho Inscrito, y se desempeñan como guías y motivadores para que el Inscrito mantenga la antigüedad en la recuperación y la comunidad.</p>	✓	✓	✓
<p>g. Orientadores de apoyo para la recuperación: servicio de coordinación de atención de la salud especializado y diseñado para involucrar a los Inscritos con Trastornos por consumo de sustancias en el acceso al tratamiento de Trastornos por consumo de sustancias y la continuidad en dicho tratamiento. Los orientadores de apoyo para la recuperación (Recovery Support Navigator, RSN) pueden estar en distintos entornos terapéuticos de Trastornos por consumo de sustancias, al realizar tareas de participación y formar relaciones con las personas de los programas, incluidos los servicios de control de la abstinencia y de reinserción. Si un Inscrito acepta los servicios del RSN al terminar un programa de tratamiento de Trastornos por consumo de sustancias, el RSN trabajará con la persona para que acceda al tratamiento adecuado y mantenga la motivación respecto del tratamiento y la recuperación.</p>	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>h. Programa de tratamiento asertivo comunitario (Program of Assertive Community Treatment, PACT): enfoque de equipo multidisciplinario para brindar tratamiento psiquiátrico comunitario agudo, activo, continuo y a largo plazo, tareas de participación asertivas, rehabilitación y apoyo. El equipo del programa brinda asistencia a las Personas cubiertas para maximizar su recuperación, garantizar el establecimiento de metas orientadas al consumidor, ayudarlas a lograr un sentido de esperanza y empoderamiento, y brindarles asistencia para que se integren mejor en la comunidad. Los servicios se brindan en la comunidad y están disponibles, según los necesite la persona, las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.</p>	✓	✓	✓
<p>Servicios para pacientes ambulatorios: servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias prestados en persona en un entorno de atención de la salud ambulatorio, como un centro de salud mental o una clínica para trastornos por consumo de sustancias, un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud comunitario o el consultorio de un médico. Los servicios pueden proporcionarse en el domicilio o la escuela del Inscrito. (Consulte los servicios detallados a continuación)</p>			
<p>Servicios estándares para pacientes ambulatorios: aquellos Servicios para pacientes ambulatorios que, en general, se ofrecen en un entorno ambulatorio.</p>			
<p>a. Consulta familiar: una reunión de, al menos, 15 minutos, ya sea en persona o por teléfono, con familiares u otras personas importantes para el Inscrito y que sean clínicamente relevantes para su tratamiento, cuyo objetivo es identificar y planificar los servicios adicionales, coordinar un plan de tratamiento, revisar el progreso de la persona o revisar el plan de tratamiento, según sea necesario.</p>	✓	✓	✓
<p>b. Consulta de casos: reunión de, al menos, 15 minutos, ya sea en persona o por teléfono, entre el Proveedor tratante y otros médicos clínicos de Salud del comportamiento o el médico de atención primaria del Inscrito sobre un Inscrito que es cliente del Proveedor, cuyo objetivo es identificar y planificar los servicios adicionales, coordinar un plan de tratamiento, revisar el progreso de la persona y revisar el plan de tratamiento, según sea necesario. La Consulta de casos no incluirá la supervisión clínica ni la consulta con otros médicos clínicos dentro de la misma organización de proveedores.</p>	✓	✓	✓
<p>c. Evaluación de diagnóstico: una evaluación del nivel de funcionamiento del Inscrito, incluidas las fortalezas y los desafíos físicos, psicológicos, sociales, educativos y ambientales a fin de diagnosticar y diseñar un plan de tratamiento.</p>	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
d. Terapia del comportamiento dialéctico (Dialectical Behavioral Therapy, DBT): tratamiento voluntario dirigido para pacientes ambulatorios que fue desarrollado por Marsha Linehan, PhD, y sus colegas; dicho tratamiento combina estrategias de psicoterapia conductual, cognitiva y de apoyo para los Inscritos con trastorno límite de la personalidad que también presentan comportamientos crónicos de parasuicidio y adolescentes que presentan estos síntomas. La DBT puede utilizarse para otros trastornos si el Contratista determina que, según la investigación disponible, es efectiva y cumple con los criterios del Contratista para determinar la necesidad médica.	✓	✓	✓
e. Consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes internados: reunión en persona de, al menos, 15 minutos entre un psiquiatra o un Enfermero registrado de práctica avanzada o Especialista clínico y un Inscrito a pedido de la unidad médica para evaluar el estado mental del Inscrito y asesorar sobre un plan de Salud del comportamiento o psicofarmacológico al personal médico de la unidad.	✓	✓	✓
f. Visita de administración de medicamentos: visita individual cuyo objetivo específico es la prescripción, revisión, supervisión o evaluación psicofarmacológica por parte de un psiquiatra o un Enfermero registrado (Registered Nurse, R.N.) especialista clínico en cuanto a la eficacia y los efectos secundarios.	✓	✓	✓
g. Tratamiento familiar/para parejas: uso de técnicas psicoterapéuticas y de orientación para el tratamiento de un Inscrito y su pareja o familiares simultáneamente en la misma sesión.	✓	✓	✓
h. Tratamiento grupal: uso de técnicas psicoterapéuticas y de orientación para el tratamiento de un grupo cuyos miembros, en su mayoría, no están relacionados por consanguinidad, matrimonio o tutela legal.	✓	✓	✓
i. Tratamiento individual: uso de técnicas psicoterapéuticas y de orientación para el tratamiento de una persona en forma individual.	✓	✓	✓
j. Visita intermedia para pacientes internados/pacientes ambulatorios: consulta de una sesión realizada por un proveedor para pacientes ambulatorios mientras el Inscrito está en una Unidad psiquiátrica para pacientes internados. La Visita intermedia para pacientes internados/pacientes ambulatorios implica que el Proveedor para pacientes ambulatorios se reúna con el Inscrito y el equipo o el médico clínico designado del equipo de tratamiento para pacientes internados.	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>k. Evaluación de colocación segura y adecuada (ASAP): evaluación exigida por el Título 119 de las Massachusetts General Laws (MGL) (Leyes Generales de Massachusetts), Sección 33B, realizada por un médico especialista en diagnósticos con capacitación especializada y experiencia en la evaluación y el tratamiento de jóvenes sexualmente abusivos o incendiarios para evaluar a las personas que están bajo el cuidado y la custodia del DCF y que han sido declaradas delincuentes por un delito sexual o un incendio, que admitieron dichos comportamientos o que figuran en un informe documentado de dichos comportamientos, y que han sido dados de alta de una Unidad psiquiátrica para pacientes internados, un Hospital o un Tratamiento agudo comunitario o intensivo para niños o adolescentes, y colocados en un entorno de atención de la salud domiciliario familiar. Los servicios se prestan a través de un proveedor de la ASAP designado por el DCF.</p>	✓	✓	
<p>l. Contacto colateral: una comunicación de, al menos, 15 minutos entre un Proveedor y las personas que participan en la atención de la salud o el tratamiento de un Inscrito menor de 21 años, incluidos, entre otros, el personal de la escuela y la guardería, el personal de la agencia estatal y el personal de la agencia de servicios humanos.</p>	✓	✓	
<p>m. Tratamiento de acupuntura: inserción de agujas de metal en la piel en ciertos puntos en el cuerpo, con o sin el uso de hierbas, corriente eléctrica, fuente de calor en las agujas o en la piel (o ambos) como ayuda para las personas que están en proceso de abstinencia de la dependencia de sustancias o que se están recuperando de una adicción.</p>	✓	✓	✓
<p>n. Servicios de tratamiento con opioides: evaluación y tratamiento supervisados de una persona con medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) (incluida la metadona, la buprenorfina/naloxona y la naltrexona) junto con una amplia variedad de servicios médicos y de rehabilitación, cuando sean clínicamente necesarios, para aliviar los efectos adversos médicos, psicológicos o físicos inherentes a la adicción a los opioides. Este término abarca el tratamiento para la abstinencia y el mantenimiento de dicho tratamiento.</p>	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>o. Control de la abstinencia ambulatorio (Nivel 2WM): servicios para pacientes ambulatorios que se prestan a Miembros que presentan un episodio grave de consumo excesivo de sustancias o complicaciones producto de la abstinencia. El Control de la abstinencia ambulatorio se ofrece bajo la dirección de un médico y está diseñado para estabilizar la afección médica del Miembro en circunstancias donde no hay riesgo para la vida ni las funciones corporales importantes. La gravedad de los síntomas de la persona determinará el entorno y el número de servicios de enfermería y supervisión de un médico necesario durante el transcurso del tratamiento.</p>	✓	✓	✓
<p>p. Prueba psicológica: uso de instrumentos de prueba estandarizados para evaluar el funcionamiento cognitivo, emocional, neuropsicológico, verbal y defensivo de una Persona cubierta según la suposición central de que las personas tienen diferencias identificables y cuantificables que pueden obtenerse por medio de análisis objetivos.</p>	✓	✓	✓
<p>q. Prueba psicológica de educación especial: pruebas psicológicas, emocionales o neuropsicológicas solicitadas por el personal de la escuela responsable de iniciar las derivaciones para el diagnóstico y la evaluación de niños que califican para programas de educación especial conforme a la Sección 71B de la MGL, y que se utilizarán para el desarrollo de un Plan de Educación Individualizada (Individualized Educational Plan, IEP). Las Pruebas psicológicas de educación especial no deben administrarse más de una vez al año, a menos que nuevos acontecimientos hayan afectado considerablemente el desempeño académico del estudiante.</p>	✓	✓	
<p>r. Análisis del comportamiento aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA) para miembros menores de 21 años (servicios de ABA): un servicio de MassHealth que se centra en el análisis, el diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones sociales y en el entorno para generar cambios significativos en el comportamiento humano. Este servicio proporciona la realización de evaluaciones del comportamiento; la interpretación de datos analíticos del comportamiento; el desarrollo de un plan de tratamiento muy específico; la supervisión y la coordinación de las intervenciones; y la capacitación de otros asistentes especializados para abordar objetivos específicos u objetivos de rendimiento para tratar comportamientos desafiantes que interfieren con el funcionamiento exitoso de los jóvenes. Consulte el Título 101 del CMR, Sección 358.00.</p>	✓	✓	

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>Servicios intensivos en el hogar o la comunidad para jóvenes: servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias prestados a los Inscritos en un entorno basado en la comunidad como el hogar, la escuela o una agencia de servicio comunitario. Los servicios ofrecidos son más intensivos que los servicios que pueden prestarse a través de Servicios estándares para pacientes ambulatorios. (Consulte los servicios detallados a continuación)</p>			
<p>a. Apoyo y capacitación familiares: servicio brindado al padre/madre/cuidador de un joven (menor de 21 años), en el entorno en que reside el joven, como el hogar y otros entornos comunitarios. Apoyo y capacitación familiares es un servicio que ofrece una relación estructurada y personal basada en las fortalezas entre un socio de Apoyo y capacitación familiares y un padre/madre/cuidador. El propósito de este servicio es resolver o mejorar las necesidades emocionales y de comportamiento del joven al potenciar la capacidad del padre/madre/cuidador de criar al joven para que mejore su funcionamiento. Entre los servicios se pueden incluir educación; asistencia para navegar los sistemas de servicio infantil; fomentar el bienestar, incluidas las conexiones a grupos de apoyo y de autoayuda de pares/padres; ayuda para identificar los recursos formales y de la comunidad; apoyo, instrucción y capacitación para el padre/madre/cuidador.</p>	✓		
<p>b. Coordinación de atención de la salud intensiva: un servicio que brinda servicios de administración de casos dirigidos a personas menores de 21 años que tengan un Trastorno emocional grave, incluidas las personas con afecciones simultáneas. En este servicio se incluye la evaluación, el desarrollo de un plan de atención de la salud individualizado, la derivación y las actividades relacionadas para implementar el plan de atención de la salud y supervisarlos.</p>	✓		
<p>c. Servicios de Salud del comportamiento domiciliarios: en este servicio, por lo general, se incluye una combinación terapia de manejo del comportamiento y su monitoreo de la siguiente manera:</p> <p>C1. Terapia de manejo del comportamiento. En este servicio se incluye la evaluación, el desarrollo de un plan de comportamiento y la supervisión y coordinación de intervenciones para abordar objetivos de comportamiento o desempeño específicos. Este servicio trata los comportamientos desafiantes que interfieren en el funcionamiento exitoso del niño. El Terapeuta de manejo del comportamiento desarrolla y monitorea intervenciones y objetivos de comportamiento</p>	✓		

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
<p>específicos, incluida una estrategia de crisis y respuesta, que se incorporan en el plan de tratamiento del niño. El Terapeuta también puede ofrecer asesoramiento y asistencia a corto plazo, según el desempeño y el nivel de intervención necesarias del niño. También se pueden ofrecer comunicaciones y consultas telefónicas como parte de la intervención.</p> <p>C2. Monitoreo de manejo del comportamiento. En este servicio se incluye la implementación del plan de comportamiento, el control del comportamiento del niño, el refuerzo de la implementación del plan por parte de los padres u otros cuidadores, y los informes al terapeuta de manejo del comportamiento sobre la implementación del plan y el avance hacia los objetivos de comportamiento o las metas de desempeño. También se pueden ofrecer comunicaciones y consultas telefónicas como parte de la intervención.</p>	✓		
<p>d. Servicios terapéuticos domiciliarios. Este servicio es la intervención clínica terapéutica y el apoyo terapéutico y de capacitación continuas que se brindan de la siguiente manera:</p> <p>D1. La Intervención clínica terapéutica es una relación estructurada, coherente y terapéutica entre un profesional clínico autorizado y el niño y la familia cuyo objetivo es tratar las necesidades de salud mental del niño, incluida la mejora de la capacidad de la familia para darle un apoyo eficaz al niño a fin de promover el funcionamiento saludable del niño en la familia. El médico clínico desarrolla un plan de tratamiento y, mediante técnicas psicoterapéuticas establecidas, trabaja con la totalidad o una parte de la familia para mejorar la resolución de problemas, el establecimiento de límites, la comunicación, el apoyo emocional u otras funciones familiares o individuales. La Intervención clínica terapéutica la proporciona un médico clínico con licencia calificado que suele trabajar en un equipo que incluye uno o más paraprofesionales calificados.</p> <p>D2. El Apoyo terapéutico y de capacitación continuas es un servicio prestado por un paraprofesional para promover la implementación del plan de tratamiento ordenado por el médico clínico con licencia a fin de lograr los objetivos del plan de tratamiento. El paraprofesional ayuda al médico clínico con licencia en la implementación de los objetivos terapéuticos del plan de tratamiento diseñado para abordar los desafíos de salud mental y emocionales del niño. En este servicio se incluye enseñar al niño a entender, dirigir, interpretar, manejar y controlar los sentimientos y las respuestas</p>	✓	✓	

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
emocionales a situaciones, y ayudar a la familia a apoyar al niño para abordar sus necesidades de salud mental y emocional. También se pueden ofrecer comunicaciones y consultas telefónicas como parte de la intervención.			
e. Servicios terapéuticos de mentores: Este servicio ofrece una relación de tutoría estructurada y personalizada entre un mentor terapéutico y un niño o adolescente a fin de tratar las necesidades de la vida diaria, sociales y de comunicación. Cada niño o adolescente tendrá metas y objetivos diseñados para fomentar el desenvolvimiento social adecuado para su edad o mejorar los déficits de dicho niño o adolescente en esta área. El niño o adolescente, según corresponda, desarrollan estas metas y objetivos junto con su equipo de tratamiento, y se incorporan en el plan de tratamiento. En el servicio se incluye apoyar, instruir y capacitar al niño o adolescente respecto de los comportamientos adecuados para su edad, la comunicación interpersonal, la resolución de problemas y de conflictos, y la relación adecuada con otros niños y adolescentes, y también con los adultos, en actividades sociales y recreativas. El mentor terapéutico trabaja con el niño o adolescente en entornos como el hogar, la escuela o las actividades sociales o recreativas.	✓		
Programa de Servicios de Emergencia (ESP): servicios prestados a través de los Programas de Servicios de Emergencia (Emergency Services Program, ESP) contratados y designados, y que están disponibles los siete días de la semana, las 24 horas del día, para brindar tratamiento a cualquier persona que tenga una crisis de salud mental. Además de los ESP contratados, es posible que las salas de emergencias en hospitales para pacientes ambulatorios también brinden los servicios de Encuentro con el ESP (a excepción de los servicios de Intervención Móvil de Crisis para Jóvenes), según lo indica la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS). (Consulte los servicios detallados a continuación).			
1. Encuentro con el ESP: cada período de 24 horas durante el cual una persona recibe servicios del ESP. Cada Encuentro con el ESP debe incluir, como mínimo, la evaluación, intervención y estabilización de la crisis. <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluación: evaluación presencial de una persona que presenta una emergencia de Salud del comportamiento, incluida la evaluación de la necesidad de internación, realizada por el personal clínico adecuado. b. Intervención: provisión de servicios de asesoramiento psicoterapéutico y de crisis a una persona con el objetivo de estabilizar una emergencia. c. Estabilización: tratamiento de Salud del comportamiento a corto plazo en un entorno estructurado con observación y supervisión continuas de las personas que no necesitan un nivel de atención hospitalaria. Además, se proporcionarán servicios de evaluación de medicamentos y asistencia especial, si son Médicamente necesarios. 	✓	✓	✓

Servicio	Tipos de cobertura		
	Inscritos de MassHealth Standard y CommonHealth	Inscritos de MassHealth Family Assistance	CarePlus
2. Intervención móvil de crisis para jóvenes: un servicio terapéutico a corto plazo, móvil, en el lugar y presencial que se presta a jóvenes que tienen una crisis de Salud del comportamiento con el objetivo de identificar, evaluar, tratar y estabilizar la situación, y reducir el riesgo inmediato de peligro para el joven o los demás de acuerdo con el plan de manejo de riesgos/de seguridad del joven, si corresponde. Los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	✓	✓	
Otros servicios de Salud del comportamiento: dichos servicios pueden proporcionarse como parte del tratamiento en más de un tipo de entorno.			
1. Terapia electroconvulsiva (Electro-Convulsive Therapy, ECT): servicio terapéutico que inicia la actividad convulsiva con impulsos eléctricos mientras la persona está anestesiada. Se administra en un centro autorizado por el Departamento de Salud Mental (Mental Health Department, DMH) para prestar este servicio.	✓	✓	✓
2. Estimulación magnética transcraneal repetitiva (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, rTMS): una forma no invasiva de neuroestimulación en la que se aplican campos magnéticos que cambian rápidamente a la superficie del cuero cabelludo a través de un cable de cobre conectado a un estimulador magnético. El servicio terapéutico se usa para tratar la depresión que no ha respondido al tratamiento estándar, como los medicamentos y la psicoterapia.	✓	✓	✓
3. Asistencia especial: servicios terapéuticos prestados a un Inscrito en distintos entornos que funcionan durante las 24 horas del día, de manera individual, para mantener la seguridad de la persona.	✓	✓	✓

APÉNDICE C
Anexo 4: Servicios excluidos de MassHealth -
Todos los tipos de cobertura

Excepto que de otro modo se determine o considere Médicamente necesario, los siguientes servicios no están cubiertos por MassHealth.

1. Cirugía estética, excepto que MassHealth determine que es necesaria para lo siguiente:
 - a. Corrección o reparación del daño posterior a una lesión o a una enfermedad.
 - b. Mamoplastia tras una mastectomía.
 - c. Alguna otra necesidad médica según lo determine MassHealth.
2. Tratamiento para la infertilidad, incluidos, entre otros, los procedimientos de fertilización in vitro y transferencia intratubárica de gametos (Gamete Intrafallopian Tube, GIFT).
3. Tratamiento experimental.
4. Artículos de confort personal, como equipos de aire acondicionado, radios, teléfonos y televisores.
5. Un servicio o suministro que no son proporcionados por MassHealth, o bajo su dirección, con las siguientes excepciones:
 - a. Servicios de emergencia.
 - b. Servicios de planificación familiar.
6. Servicios de laboratorio no cubiertos.

Para obtener información sobre los copagos, consulte la Lista de servicios cubiertos que se incluye como anexo en el manual impreso y que está disponible en www.behealthypartnership.org. Si tiene preguntas, llame al (413) 788-0123 o gratis al (800) 786-9999 (TTY: 711). Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. El personal de Servicios de Atención al Miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.

APÉNDICE C
Anexo 5: Beneficios de farmacia
de MassHealth – Todos los tipos
de cobertura

Copagos

La mayoría de los Miembros paga los siguientes copagos:

- \$1 por cada receta y reposición de cada medicamento genérico y de venta libre cubiertos por MassHealth en las siguientes clases de medicamentos: antihiperoglucémicos, antihipertensivos y antihiperlipidémicos.
- \$3.65 por cada receta y reposición de todos los demás medicamentos genéricos y de venta libre, y todos los medicamentos de marca cubiertos por MassHealth.

Las siguientes recetas y reposiciones no tienen copagos:

- Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), como la terapia asistida con medicamentos (Medication-Assisted Therapy, MAT) (p. ej., Suboxone o Vivitrol).
- Algunos medicamentos preventivos, como bajas dosis de aspirina para las afecciones cardíacas, medicamentos usados para la prevención del VIH y medicamentos que se usan para prepararse para una colonoscopia.
- Determinadas vacunas y su administración.
- Suministros de planificación familiar.
- Productos y medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar.

Los medicamentos recetados son el único beneficio que puede tener copagos. No hay copagos para otros servicios y beneficios cubiertos.

Miembros que NO tienen copagos

Estos miembros no tienen copagos:

- Miembros cuyo ingreso es del 50 % o por debajo del nivel federal de pobreza.
- Miembros elegibles para MassHealth porque reciben ciertos beneficios de asistencia pública como la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), la Asistencia Transicional para Familias con Hijos Dependientes (Transitional Aid to Families with Dependent Children, TAFDC) o servicios a través del programa Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (EAEDC) (Asistencia de emergencia para adultos mayores, discapacitados y niños). Especificados en el Título 130 del CMR, Secciones 506.015 y 520.037.
- Miembros menores de 21 años.
- Miembros que están embarazadas o cuyo embarazo haya finalizado recientemente.
- Miembros que están recibiendo beneficios en virtud de MassHealth Limited (MassHealth de emergencia).
- Miembros de MassHealth Senior Buy-In o MassHealth Standard, y que están recibiendo un medicamento cubierto solo por las Partes A y B de Medicare, cuando es proporcionado por un proveedor certificado por Medicare.
- Miembros que viven en un centro de atención de la salud a largo plazo.
- Miembros que reciben servicios de cuidados paliativos.
- Miembros que estuvieron en un hogar de acogida y son elegibles para MassHealth Standard, hasta los 21 o 26 años (especificados por el Título 130 del CMR, Sección 505.002[H]).
- Miembros que son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska.
- Miembros que están en otra categoría exenta (especificada por el Título 130 del CMR, Secciones 506.015 o 520.037).

Tope de copago

Los miembros son responsables de pagar los copagos descritos a la izquierda, hasta \$250 para los servicios de farmacia por año calendario.

Los miembros no deben pagar más copagos una vez que hayan llegado al tope anual de farmacia de \$250 para el año. MassHealth enviará una carta a los Miembros cuando lleguen al tope de copago. Si la farmacia intenta cobrarle al Miembro más copagos durante ese año, dicho Miembro debe mostrar la carta en la farmacia, y la farmacia no debe cobrar el copago. Los Miembros que no reciban una carta o que tengan preguntas deben llamar al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p.m., al (800) 841-2900 o TTY: al (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidad del habla.

Miembros que NO PUEDEN pagar el copago

La farmacia no puede negarse a brindar medicamentos a los Miembros, incluso si no pueden pagar el copago. Sin embargo, la farmacia puede cobrarles el copago a los Miembros más adelante. Los Miembros deben llamar al (413) 788-0123 o gratis al (800) 786-9999 (TTY: 711). Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. El personal de Servicios de Atención al Miembro también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.

FORMULARIOS Y AVISOS LEGALES

Directivas anticipadas: Planificación de la futura atención de la salud

Una Directiva anticipada es algo que escribe o firma y que indica quién desea usted que tome las decisiones de atención de la salud en su lugar y el tratamiento de atención de la salud que desea o no recibir si se enferma o lesiona y no puede hablar o escribir. Puede incluir su decisión de no utilizar medidas extraordinarias, como el respirador, o puede solo incluir su deseo de ser donante de órganos.

Existen dos tipos de Directivas anticipadas: *Un Poder para la atención de la salud* y *un Testamento en vida*.

Un Poder para la atención de la salud es una persona que puede actuar en su nombre si su médico indica por escrito que usted no puede tomar sus propias decisiones de atención de la salud. En Massachusetts, si es mayor de dieciocho años de edad y está en pleno uso de sus facultades (con capacidad para tomar decisiones por sí mismo), puede utilizar un Poder para la atención de la salud, para lo cual debe completar el formulario de Poder para la atención de la salud. Comuníquese con su médico para obtener copia del formulario.

Un Testamento en vida le permite indicar el tipo de atención que desea o no si no puede tomar decisiones de atención de la salud. Por ejemplo, tal vez no desee que lo mantengan con vida mediante el soporte vital. Su Testamento en vida ayuda a la persona con el Poder para la atención de la salud a tomar decisiones por usted. Si no tiene una persona con un Poder para la atención de la salud, o si esta persona con Poder para la atención de la salud no está disponible, el Testamento en vida puede ayudar a sus Proveedores a atenderlo.

Si elige firmar un Poder para atención de la salud o un Testamento en vida, puede cambiar de opinión en cualquier momento y redactar y firmar uno nuevo.

No hay ley en Massachusetts que rijan o reconozca específicamente los Testamentos en vida. No obstante, si ha autorizado legalmente a alguien a ocuparse de sus necesidades de atención de la salud, las instrucciones del Testamento en vida se reconocen como evidencia de sus deseos.

Puede hablar con su médico para obtener más información sobre las Directivas anticipadas. Si desea obtener más información, puede llamar al departamento de Servicios de Atención al Miembro de HNE al número que figura en la página 5.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo la información médica acerca de usted puede ser usada y divulgada, y cómo usted puede tener acceso a esta información. Léalo detenidamente.

Health New England (HNE) sabe cuán importante es proteger su privacidad en todo momento y en todo tipo de circunstancias. Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo HNE reúne, utiliza y divulga su información de salud protegida y sus derechos relacionados con su información de salud protegida. La “Información de salud protegida” o “PHI” (Protected Health Information) es información acerca de usted, incluida la información demográfica, que puede ser utilizada razonablemente para identificarlo y que está relacionada con su afección o salud mental o física pasadas, presentes o futuras, la provisión de su atención de la salud o el pago por esa atención.

Las leyes federales y estatales requieren que mantengamos la privacidad de su información de salud protegida. La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 también requiere que le proporcionemos este aviso acerca de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad.

Este aviso entra en vigencia el 15 de julio de 2019. HNE debe respetar las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras permanezca en vigencia. Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento en el futuro y hacer efectivo el nuevo aviso para toda la PHI que guardamos. Este Aviso reemplaza toda información que usted haya recibido anteriormente de parte nuestro con respecto a su PHI. Cuando hagamos un cambio importante, publicaremos el aviso actualizado en nuestro sitio web en <http://healthnewengland.org/notice-of-privacy-practices>. Informaremos a los suscriptores si hacemos un cambio significativo en las prácticas de privacidad descritas en este aviso en una de nuestras correspondencias periódicas.

¿Cómo protege HNE mi información médica personal?

HNE cuenta con una detallada política de confidencialidad. Todos los empleados de HNE deben proteger la confidencialidad de su información de salud protegida. Es posible que un empleado solo tenga acceso a su información cuando tenga un motivo adecuado para hacerlo. Cada empleado o empleado temporario deben firmar una declaración en la que afirma haber leído y entendido esta política. Anualmente, HNE enviará un aviso a los empleados para recordarles esta política. Cualquier empleado que viole esta política será sometido a una acción disciplinaria, que puede incluir hasta el despido. Si desea una copia de la Política de confidencialidad de HNE, puede solicitarla en Servicios de Atención al Miembro de HNE. Además, HNE incluye disposiciones de confidencialidad en todos sus contratos con proveedores del plan. HNE también mantiene medidas preventivas físicas, electrónicas y procedimentales para proteger su información.

¿Cómo recopila HNE la Información de salud protegida?

HNE obtiene la PHI de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos de usted de manera directa o indirecta, de su empleador o del patrocinador del plan de beneficios a través de solicitudes, encuestas y otros formularios (por ejemplo, nombre, dirección y número de Seguro Social, fecha de nacimiento, estado civil, información de los dependientes, información del empleo e historia médica).
- Los proveedores que le proporcionan tratamiento o que están involucrados en su tratamiento, o su personal cuando envían reclamaciones o solicitan autorización en su nombre para ciertos servicios o procedimientos.
- Los abogados que representan a nuestros miembros en accidentes automovilísticos o en otros casos.
- Las aseguradoras y otros planes de salud.

¿Cómo utiliza y divulga HNE mi información de salud protegida?

La HIPAA y otras leyes nos permiten o nos ordenan que utilicemos o divulguemos su información de salud protegida por muchos motivos diferentes. En algunos casos, HNE puede utilizar o divulgar su PHI sin su consentimiento escrito. En otros casos, HNE necesita que usted la autorice por escrito a utilizar o divulgar su PHI.

Usos y divulgaciones para tratamiento, pago y actividades de atención de la salud: HNE utiliza y divulga información de salud protegida en una variedad de maneras diferentes, relacionadas con el tratamiento, el pago y nuestras operaciones de atención de la salud. También podemos divulgar su información a los proveedores y otros planes de salud que tengan una relación con usted, para sus operaciones de tratamiento, pago y alguna atención de la salud limitada. Los siguientes son sólo algunos ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información de salud protegida que podemos realizar sin su autorización para estos fines:

Tratamiento: HNE puede divulgar su información de salud protegida a proveedores de atención de la salud (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otras personas que se ocupan de atenderlo) que la soliciten en relación con su tratamiento. También puede divulgar su información de salud protegida a proveedores de atención de la salud (incluidos sus empleados o asociados comerciales) en relación con los programas de administración de casos y control de enfermedades, detección temprana y salud preventiva.

Pago: Utilizaremos y divulgaremos su información de salud protegida para administrar su contrato o póliza de beneficios de salud, lo cual puede involucrar:

- Determinar su elegibilidad para beneficios.
- Pagar reclamaciones por servicios que usted recibe.
- Tomar determinaciones médicamente necesarias.
- Coordinar su atención, beneficios u otros servicios.
- Coordinar su cobertura de HNE con la de otros planes (si usted tiene cobertura a través de más de un plan), para asegurar que los servicios no se proporcionen dos veces.
- Responder a reclamaciones, apelaciones y solicitudes externas de revisión.
- Obtener primas, suscripciones, fijación de tarifas y para determinar los montos de participación de costos.
- Divulgar información a proveedores para sus objetivos de pago.

Actividades de atención de la salud: HNE utilizará y divulgará su información de salud protegida para respaldar las actividades generales de atención de la salud que esta compañía realiza, incluidas las siguientes:

- Llevar a cabo actividades de evaluación de calidad, o para actividades de evaluación de calidad de proveedores y otros planes de salud que tengan relación con usted.
- Desarrollar pautas clínicas.
- Revisar la competencia o las calificaciones de los proveedores que engañan a nuestros miembros.
- Evaluar el rendimiento de nuestros proveedores y también nuestro propio rendimiento.
- Obtener acreditación de organizaciones independientes como el Comité Nacional de Control de Calidad (National Committee for Quality Assurance).
- Mantener licencias y acreditaciones estatales.
- Llevar a cabo o coordinar una revisión médica, servicios legales o funciones de auditoría, incluso detección de fraude y abuso, y programas de cumplimiento.
- La planificación y el desarrollo comerciales, incluso el desarrollo del formulario de medicamentos de HNE.
- Operaciones de salud preventiva, detección temprana, manejo de casos y enfermedades y coordinación de programas de atención, incluso comunicarse con usted o su médico para

proporcionar recordatorios de citas o información acerca de alternativas de tratamiento, terapias, proveedores de atención de la salud, entornos de atención y otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

- Actividades de reaseguro.
- Otras actividades administrativas generales, incluso manejo de sistemas de información y datos y servicios al cliente.

Intercambios de información de salud: Participamos en intercambios seguros de información de salud (Health Information Exchanges, "HIE"), como los que opera Pioneer Valley Information Exchange y el HIE del estado de Massachusetts ("Mass HIway"). Los HIE ayudan a coordinar la atención del paciente de manera eficiente al permitir que los proveedores de atención de la salud que participan en su atención compartan información de salud entre ellos, de manera segura y oportuna. Se accederá, utilizará y divulgará su información de salud por medio de los HIE en donde participe HNE para fines de operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud.

Otros usos y divulgaciones exigidas o permitidas de la información de salud protegida

Además del tratamiento, el pago y las actividades de atención de la salud, las leyes federales nos permiten o exigen utilizar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones adicionales sin su autorización.

Exigido por ley: Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida en tanto la ley federal o estatal nos lo exija. Por ejemplo, la HIPAA nos obliga a divulgar la PHI cuando lo exija la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar nuestros esfuerzos de cumplimiento.

Actividades de salud pública: HNE puede divulgar su información de salud protegida a una autoridad de salud pública competente para fines de actividades de salud pública. La información puede ser divulgada por motivos como controlar enfermedades, lesiones o incapacidades. También es posible que HNE deba divulgar su PHI a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otro modo podría estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad. Además, HNE puede realizar divulgaciones a una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), para el propósito de actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de un producto o una actividad regulada por la FDA.

Abuso o negligencia: HNE puede realizar divulgaciones a autoridades gubernamentales si considera que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo realizará estas divulgaciones si usted está de acuerdo o cuando la ley le exija a HNE hacerlo o la autorice.

Supervisión de salud: HNE puede divulgar su información de salud protegida a una agencia gubernamental autorizada para supervisar el sistema de atención de la salud o los programas gubernamentales, o a sus contratistas (p. ej., el departamento estatal de seguros, el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos) para actividades autorizadas por ley, como auditorías, exámenes, investigaciones, inspecciones y actividades de certificación.

Procedimientos legales: HNE puede divulgar su información de salud protegida en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, en respuesta a una orden de la corte o de un tribunal administrativo y, en determinados casos, en respuesta a una citación judicial, un pedido de presentación de pruebas u otro proceso legítimo.

Cumplimiento de la ley: HNE puede divulgar su información de salud protegida en determinadas circunstancias a funcionarios del cumplimiento de la ley. Por ejemplo, las divulgaciones pueden realizarse en respuesta a una garantía o citación judicial, o con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, testigo o persona desaparecida, o para proporcionar información acerca de víctimas de delitos.

Forenses, directores de funerarias y entidades de donación de órganos: HNE puede divulgar su información de salud protegida, en ciertos casos, a forenses, directores de funerarias y organizaciones que ayudan a encontrar órganos, ojos y tejido para donaciones o trasplantes.

Amenaza para la salud o la seguridad: Si HNE considera que existe una amenaza grave para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de cualquier otra persona, o del público, HNE les notificará a aquellas personas que considere que podrían ayudar a prevenir o reducir la amenaza.

Actividad militar y seguridad nacional: HNE puede divulgar su información de salud protegida al personal de las Fuerzas Armadas en determinadas circunstancias y a funcionarios federales autorizados para la realización de actividades de inteligencia y seguridad nacional.

Instituciones correccionales: Si usted es recluso de un establecimiento correccional, HNE puede divulgar su información de salud protegida al establecimiento correccional para determinados fines, incluida la provisión de atención de la salud a usted, o la salud y seguridad suya o de los demás.

Compensación de los trabajadores: HNE puede divulgar su información de salud protegida en la medida que lo exijan las leyes de Compensación de los trabajadores.

¿Divulgará HNE mi PHI a mis familiares y amigos?

Solo divulgaremos su PHI a un familiar (como su cónyuge), a un pariente o a un amigo cercano en las siguientes circunstancias:

- Si usted nos ha autorizado a hacerlo.
- Si la persona ha presentado una evidencia de autoridad legal para actuar en su nombre.
- Si esa persona participa en su atención de la salud o en el pago de su atención de la salud y necesita su PHI para estos fines. Si usted está presente para esa divulgación (en persona o por teléfono), le solicitaremos su aceptación oral para la divulgación o le daremos la oportunidad de que se oponga a dicha divulgación. HNE solo divulgará la PHI que esté directamente relacionada con su participación.
- HNE puede divulgar su PHI a sus familiares o amigos si el criterio profesional indica que hacerlo es lo mejor para usted. Solo lo hará si usted no está presente o si no puede tomar decisiones de atención de la salud por sus propios medios. Por ejemplo, si usted está inconsciente y un amigo suyo se encuentra con usted, HNE puede compartir su PHI con su amigo para que usted pueda recibir atención.
- HNE puede divulgar la PHI de un menor a su padre/madre o tutor. No obstante, es posible que HNE deba denegar a un padre el acceso a la PHI de su hijo, si, por ejemplo, el menor es un menor emancipado o puede, en virtud de la ley, dar consentimiento para su propio tratamiento de atención de la salud.

¿Divulgará HNE mi información de salud personal a alguien fuera de HNE?

HNE puede compartir su información de salud protegida con afiliados y terceros “asociados comerciales” que realicen varias actividades para HNE o en nombre de esta compañía. Por ejemplo, HNE puede delegar ciertas funciones, como la administración médica o el reajuste de reclamaciones, a un tercero que no esté afiliado con HNE. HNE también puede compartir su información de salud personal con una persona o compañía que esté trabajando como contratista o consultora para HNE. Los auditores financieros de HNE pueden revisar las reclamaciones u otros datos confidenciales en relación con sus servicios. Un contratista o consultor puede tener acceso a tales datos cuando reparen o mantengan los sistemas informáticos de HNE. Siempre que tal acuerdo involucre el uso o la divulgación de su información de salud protegida, HNE tendrá un contrato escrito que contenga los términos diseñados para proteger la privacidad de su información de salud protegida.

HNE también puede divulgar información acerca de usted a sus Médicos de atención primaria, a otros proveedores que le brinden tratamiento y a otros planes de salud que tengan una relación con usted, para

sus operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud.

¿Divulgará HNE mi información de salud personal a mi empleador?

Por lo general, HNE solo divulgará a su empleador información relacionada con la inscripción y la baja, información que ha sido anonimizada para que su empleador no pueda identificarlo o un resumen de la información de salud. Si su empleador desea obtener PHI más específica acerca de usted para llevar a cabo funciones de administración del plan, HNE debe obtener su autorización escrita o pedirle a su empleador que certifique que han establecido procedimientos en su plan de salud grupal para proteger su PHI y que acepte que no utilizará ni divulgará esta información para decisiones o medidas relacionadas con el empleo. Hable con su empleador para obtener más detalles.

¿Cuándo necesita HNE mi autorización escrita para utilizar o divulgar mi información de salud personal?

En los párrafos anteriores, se describieron los usos y las divulgaciones que HNE puede hacer de su información ya sea con permiso o por exigencia de la ley o sin su autorización escrita. Para otros usos y divulgaciones de su información médica, debemos obtener su autorización escrita. La solicitud de una autorización escrita, entre otras cosas, especifica el propósito de la divulgación solicitada, las personas o la clase de personas a quienes se les brindará la información, y la fecha de vencimiento de la autorización. Si usted proporciona una autorización por escrito, por lo general tiene derecho a revocarla.

Muchos miembros le piden a HNE que divulgue su información de salud protegida a terceros por motivos que no se describen en este aviso. Por ejemplo, los miembros de la tercera edad a menudo nos piden que pongamos a disposición sus registros para las personas que les proporcionan atención de la salud. Para autorizar a HNE a divulgar cualquier parte de su información de salud protegida a una persona u organización por motivos que no sean los descritos en este aviso, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención al Miembro y solicite un formulario de Autorización de representante personal. Debe enviar el formulario completo al Departamento de Inscripciones (Enrollment Department) de HNE, en One Monarch Place, Suite 1500, Springfield, MA 01144-1500. Puede revocar esta autorización en cualquier momento enviando una carta a la misma dirección. Incluya su nombre, dirección, número de identificación de miembro y número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi PHI?

Lo siguiente es una declaración breve de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitar a HNE que aplique restricciones a la manera en que esta compañía utiliza o divulga su información de salud protegida para el tratamiento, el pago o las actividades de atención de la salud, o con respecto a otras personas que participen en su atención de la salud. Sin embargo, HNE no está obligada a aceptar estas restricciones. Si HNE acepta una restricción, no puede utilizar o divulgar su información de salud protegida de modo tal que viole dicha restricción, a menos que sea necesario para una emergencia.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar que HNE le envíe comunicaciones de información de salud protegida por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, si usted indica claramente que la divulgación de la totalidad o parte de esa información podría ponerlo en peligro. HNE aceptará las solicitudes razonables. Su solicitud debe ser por escrito.

Derecho a acceder a su información de salud protegida: Usted tiene derecho a ver y a obtener una copia de la información de salud protegida acerca de usted que se incluye en el “conjunto de registros designado”, con algunas excepciones específicas. En su “conjunto de registros designado” se incluye la inscripción, el pago, la adjudicación de reclamaciones, los registros de administración médica o de casos y cualquier otro registro que HNE utilice para tomar decisiones acerca de usted. Las solicitudes para acceder a las copias de sus registros deben realizarse por escrito y enviarse a la atención del Departamento Legal de HNE.

Proporcione la información específica que necesitamos para dar respuesta a su solicitud. HNE se reserva el derecho de cobrar una tarifa razonable por el costo de la producción y el envío por correo de las copias.

Derecho a modificar su información de salud protegida: Usted tiene derecho a pedir a HNE que modifique cualquier información de salud protegida acerca de usted que se incluya en el “conjunto de registros designado” (consulte los párrafos anteriores). Todas las solicitudes de modificación deben realizarse por escrito en el formulario de Solicitud de modificaciones de HNE. Comuníquese con el Departamento Legal de HNE para obtener una copia del formulario. También debe proporcionar un motivo para respaldar la modificación solicitada. En determinados casos, HNE puede denegar su solicitud. Por ejemplo, podemos denegar dicha solicitud si HNE no ha creado esa información, como suele ser el caso de la información médica en nuestros registros. Todas las denegaciones deben realizarse por escrito. Usted puede responder presentando una declaración escrita de desacuerdo ante HNE, y HNE tendrá el derecho de impugnar esa declaración. Si cree que una persona ha recibido la información de salud protegida sin modificar de parte de HNE, debe informar a HNE al momento de la solicitud si desea que se informe a esa persona sobre la modificación.

Derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones: Usted tiene derecho a pedir a HNE que le proporcione un informe de todas las veces que hemos divulgado su información de salud protegida por cualquier motivo que no sean los siguientes: (i) tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud; (ii) divulgaciones a otras personas que participan de su atención de la salud; (iii) divulgaciones autorizadas por usted o por su representante u (iv) otras divulgaciones determinadas, como divulgaciones para fines de seguridad nacional. Todas las solicitudes de detalles se deben realizar por escrito. HNE le requerirá que proporcione la información específica necesaria para dar respuesta a su solicitud. Esta solicitud de un informe puede hacerse para un período de seis años a partir de la fecha de la divulgación, y comienza con las divulgaciones que se lleven a cabo luego del 14 de abril de 2003. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, HNE le podrá cobrar una tarifa razonable.

Derecho a solicitar una copia de este aviso: Si ha recibido este aviso de forma electrónica, tiene derecho a obtener una copia impresa a solicitud.

¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas sobre este aviso o si tengo una queja acerca de la manera en que HNE está utilizando mi información de salud personal?

Para ejercer sus derechos en virtud de este aviso o para presentar una queja ante Health New England, llame al (413) 787-4004, gratis al (800) 310-2835 (TTY: 711) o escriba a:

Privacy Officer – Compliance Department
Health New England
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144-1500

Quejas al gobierno federal: Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, también tiene derecho a presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS). Puede escribir a:

U.S. Secretary of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

También puede llamar gratis al HHS al (877) 696-6775 o visitar su sitio web en <http://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>. No se tomarán represalias contra usted por la presentación de una queja ante el gobierno federal.

No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Las leyes estatales y federales le otorgan el derecho de elegir a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a la información de salud que le pertenece. Al completar el formulario de Autorización de representante personal, está informando a BeHealthy Partnership que eligió a la persona designada como su Representante personal. Este formulario también autoriza a BeHealthy Partnership a divulgar su información de salud protegida (PHI) a la persona que designa. Se requiere la firma de un menor mayor de 12 años de edad para autorizar la divulgación de información confidencial a sus padres o su tutor legal. (Para autorizar la divulgación, el menor debe completar la Sección 3 y firmar este formulario).

Si tiene preguntas acerca de este formulario, comuníquese con Servicios de Atención al Miembro al **(413) 788-0123 o (800) 786-9999**.

INSTRUCCIONES: Complete todas las secciones del formulario. Escriba todas las respuestas en letra de imprenta o a máquina. Se debe llenar este formulario por completo para que sea válido.

Una vez completo, imprímalo y envíelo por correo postal o fax a:

BeHealthy Partnership
Attention: Enrollment Department
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144-1500
Fax: (413) 233-2635

Tenga en cuenta lo siguiente: Este formulario está disponible para imprimir en línea en behealthypartnership.org/forms.

Sección 1. Proporcione la siguiente información de identificación de Miembro:

- El n.º de identificación de Miembro de su Tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership.
- Nombre, dirección, teléfono y fecha de nacimiento del Miembro.

Sección 2. Proporcione la siguiente información de identificación del Representante personal:

- Nombre del Representante: Nombre de la persona que autoriza a recibir su PHI.
- Dirección: Dirección de su Representante personal.
- Teléfono: Números de teléfono (particular, celular y laboral) de su Representante personal.
- Relación con el Miembro: Relación del Representante personal con el Miembro (por ejemplo, padre, madre, cónyuge, amigo o abogado).

Sección 3. Proporcione el tipo de información que se pueda divulgar y cualquier limitación de fecha.

- *Toda la información:* Marque si autoriza que se comparta toda la PHI con su Representante personal, a excepción de la Información de salud confidencial. (Tenga en cuenta que aún debe marcar las casillas para compartir cualquier Información confidencial si desea autorizar la divulgación de esta información).
- *Información de salud confidencial:* Marque las casillas para el tipo de información autorizada, si corresponde. Tenga en cuenta lo siguiente: Se requiere la firma de un menor mayor de 12 años para autorizar la divulgación de Información de salud confidencial a sus padres o su tutor legal a fin de que BeHealthy Partnership divulgue esta información. (Para autorizar la divulgación, el menor

debe completar esta sección y firmar el formulario junto con uno de los padres o el tutor para que sea válido).

- *Solamente la información especificada [tipo(s)/fecha(s)]*: Indique el tipo de información y cualquier rango de fechas autorizado. Por ejemplo, puede autorizar a BeHealthy Partnership a compartir información sobre reclamaciones específicas para determinadas fechas de servicio.

Sección 4. Indique el motivo de la autorización.

- *Cualquier motivo*: Marque si autoriza la divulgación cualquiera sea el motivo. Su Representante personal tendrá todos los derechos y privilegios que tenga usted con respecto a su información de salud, incluidos, entre otros, solicitar autorización en su nombre para ciertos servicios; cambiar su Proveedor de atención primaria; discutir su elegibilidad, información de reclamaciones o facturación; y solicitar copias de sus registros.
- *Quejas formales/Apelaciones*: Marque si solo autoriza la divulgación para ayudarlo con una queja o apelación. Especifique en la Sección 3 el tipo de información; por ejemplo, el nombre del proveedor y la(s) fecha(s) de la reclamación o autorización denegada que desea apelar. Dicha autorización incluirá el derecho a ver cualquier documento, incluidos los registros médicos, relacionados con esta apelación.
- *Otro motivo (especifique)*: Especifique otros motivos específicos para la divulgación; por ejemplo, para recibir “Ayuda con su factura”. Una vez más, asegúrese de incluir cualquier límite sobre lo que nos autoriza a comentar.

Sección 5. Revise los Términos de la Autorización y especifique una fecha de finalización, si corresponde.

Si no indica una fecha de finalización, la autorización permanecerá en vigencia hasta que nos envíe un aviso por escrito de que desea finalizar la autorización. Si desea revocar la autorización, puede encontrar el formulario de Revocación de autorización disponible para imprimir en línea en behealthypartnership.org/forms.

Sección 6. Imprima, firme y feche el formulario.

(Tenga en cuenta que un menor mayor de 12 años de edad debe firmar el formulario aquí y completar la Sección 3 si dicho menor desea autorizar a uno de sus padres a recibir Información confidencial, como se indicó anteriormente).

Sección 7. Si la persona es un menor o no puede firmar (por ejemplo, debido a una incapacidad), el Representante personal también debe firmar y completar esta sección.

(Si es otra persona que no sea uno de los “padres”, adjunte la documentación como, por ejemplo, nombramiento legal, poder, etc.).

1.	N.º de identificación del Miembro (n.º de tarjeta de BeHealthy Partnership):			
	Nombre del Miembro:			
	Dirección particular:			
	Teléfono particular:		Fecha de nacimiento:	
2.	Nombre del Representante:			
	Dirección:			
	Teléfono:	Particular:	Teléfono celular:	Laboral:
	Relación con el Miembro:			
3.	Proporcione el tipo de información que se pueda divulgar y cualquier limitación de fecha.			
	Autorizo a BeHealthy Partnership a divulgar la siguiente información de salud a mi Representante personal: <input type="checkbox"/> Toda la información de salud no confidencial			
	Los siguientes tipos de información de salud confidencial (marque todas las opciones que autoriza)*			
	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/sustancias	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Embarazo
	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Análisis genéticos	<input type="checkbox"/> Abuso físico	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
	<input type="checkbox"/> Solamente la información especificada [tipo(s)/fecha(s)]:			
*Los miembros mayores de 12 años de edad deben autorizar específicamente cada tipo de Información de salud confidencial que se pueda divulgar.				
4.	Propósito: <input type="checkbox"/> Cualquier motivo <input type="checkbox"/> Solo para Quejas formales/Apelaciones <input type="checkbox"/> Otro: _____			
5.	Términos de esta Autorización:			
	a. Comprendo que, una vez que se divulgue mi información a mi Representante personal, BeHealthy Partnership no puede garantizar que mi Representante personal no divulgará mi información de salud a terceros, y que es posible que las leyes federales y estatales ya no puedan proteger esta información.			
	b. Comprendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que dicha denegación o revocación no afectará el inicio, la continuación o la calidad del tratamiento de BeHealthy Partnership hacia mi persona, la inscripción en el plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios.			
c. Comprendo que esta Autorización se mantendrá vigente hasta: _____ (fecha) o (si no se proporciona una fecha) hasta que brinde el aviso de revocación por escrito a la dirección que aparece a continuación. La revocación tendrá efecto de inmediato al momento en que BeHealthy Partnership reciba y procese mi aviso por escrito, excepto en el caso de que la revocación no tenga efecto sobre las acciones llevadas a cabo de acuerdo con mi Autorización antes de que BeHealthy Partnership reciba mi aviso por escrito de su revocación.				

6.	<p>He leído y comprendido los términos de esta Autorización. Por el presente documento, consciente y voluntariamente, autorizo a BeHealthy Partnership a utilizar o divulgar mi información de la manera que se describe anteriormente.</p>
	<p>_____</p>
7.	<p>Si la persona es un menor o de otro modo no puede firmar, firme y complete a continuación. (Si es otra persona que no sea uno de los “padres”, adjunte la documentación como, por ejemplo, nombramiento legal, poder, etc.).</p>
	<p>_____</p>
	<p>Firma de la persona que autoriza la divulgación de la información de salud Fecha</p>
	<p>Firma del tutor legal autorizado, Relación Agente de la atención de la salud Fecha u otro Representante Personal</p>

FORMULARIO DE EXAMEN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN

Tómese unos minutos para completar esta encuesta.

Su evaluación de salud ayudará a que BeHealthy Partnership pueda brindar mejores servicios de salud y coordinar la atención que recibe. Mantendremos la privacidad de esta información. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios de MassHealth/Medicaid.

Instrucciones de la encuesta

1. Complete un formulario de la evaluación por cada Miembro nuevo.

2. Necesitará tener a mano la siguiente información:

a. Su número de tarjeta de seguro de Miembro de BeHealthy Partnership

b. Los nombres, los números de teléfono y las direcciones de su médico o enfermero

3. Responda cada una de las preguntas al marcar la casilla correspondiente o escribir su respuesta en el espacio provisto.

4. A veces, deberá omitir algunas preguntas de esta encuesta. En este caso, verá una nota que le indicará qué preguntas debe saltar y cuál es la siguiente pregunta.

5. Completar esta encuesta le llevará 30 minutos aproximadamente.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario de evaluación. BeHealthy Partnership revisará sus respuestas para determinar si existen programas de administración de la atención, materiales educativos u otros recursos que le puedan resultar útiles.

Información personal

Nombre de la persona que completa este formulario:

Relación de la persona que completa este formulario con el Miembro:

Misma persona Padre Cónyuge/pareja Cuidador profesional Representante autorizado

Nombre del Miembro (apellido, nombre inicial, segundo nombre):

Identificación de Miembro de MassHealth BeHealthy Partnership:

Fecha de nacimiento:

1. ¿Con qué género se identifica?:

- Masculino Femenino
 Varón transgénero Mujer transgénero
 Género no definido/no conforme
 Otro _____
 Prefiero no responder esta pregunta

2. ¿Con qué orientación sexual se identifica?:

- Heterosexual
 Homosexual
 Bisexual
 Otra _____
 Prefiero no responder esta pregunta

Dirección (número y calle)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono:

PARTICULAR ()

CELULAR ()

LABORAL ()

Dirección de correo electrónico:

<p>3. ¿Cómo describiría su raza? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Otra raza</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Desconocida/no especificada</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	
<p>4. ¿Cómo describiría su origen cultural/étnico? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Guatemalteco</p> <p><input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Haitiano</p> <p><input type="checkbox"/> Estadounidense <input type="checkbox"/> Hondureño</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Brasileño <input type="checkbox"/> Laosiano</p> <p><input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoamericano, chicano</p> <p><input type="checkbox"/> Caboverdiano <input type="checkbox"/> Mediorienta</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Caribe <input type="checkbox"/> Nepalí</p> <p><input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Portugués</p> <p><input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño</p> <p><input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Ruso</p> <p><input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Salvadoreño</p> <p><input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Somalí</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Europa del Este <input type="checkbox"/> Sudamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	
<p>5. Idioma de preferencia</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés</p> <p><input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Si la respuesta es "Otro", especifíquelo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>6. ¿Cómo clasificaría su habilidad para leer?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Buena</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>
<p>7. ¿Con qué frecuencia necesita que alguien lo ayude a leer las instrucciones, los panfletos u otro material escrito de su médico o farmacia?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	
<p>8. ¿Cuál es su situación laboral actual?</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado de medio parcial <input type="checkbox"/> Tareas domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado y en busca de trabajo actualmente <input type="checkbox"/> Trabajador independiente</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado y no está en busca de trabajo actualmente <input type="checkbox"/> Imposibilitado para trabajar</p> <p><input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	

9. ¿Cuál es el grado o nivel educativo más elevado que ha alcanzado? *Si actualmente está inscrito, indique el título más alto que recibió.*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Estudios de posgrado incompletos |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Maestría |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria completa | <input type="checkbox"/> Doctorado, título de leyes o de medicina |
| <input type="checkbox"/> Estudios universitarios incompletos | <input type="checkbox"/> Otro título avanzado más allá de la Maestría |
| <input type="checkbox"/> Título universitario técnico | <input type="checkbox"/> Nunca asistió a la escuela |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta |

Información de salud

<p>10. ¿Cómo describiría su salud actualmente?</p> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta	<p>11. ¿Es sordo o tiene dificultades auditivas graves?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta	<p>12. ¿Es ciego o tiene dificultades de la vista graves, incluso si usa anteojos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta
<p>13. ¿Tiene un médico o enfermero a quienes acudir generalmente por sus necesidades de atención de la salud?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee las próximas 2 preguntas) <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta	<p>13 a. y b. Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre y la dirección del médico:</p>	<p>13 c. ¿Ha ido a su médico en los últimos 12 meses?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

14. ¿Ha recibido O está recibiendo tratamiento actualmente por cualquiera de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan:

	Actual	Anterior	N/C
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad/problemas de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>15. ¿Toma actualmente algún medicamento recetado de manera regular?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>15 a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos?</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4 o más</p>																																	
<p>16. En los últimos 12 meses, ¿recibió atención en una sala de emergencias?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>16 a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces?</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 6</p>																																	
<p>17. En los últimos 12 meses, ¿ha debido pasar la noche en un hospital?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>17 a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces?</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 6</p>																																	
<p>18. ¿Usa o necesita actualmente algún equipo médico o de diagnóstico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>18 a. Marque todas las opciones que correspondan:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Usa</th> <th style="text-align: center;">Necesita</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Silla de ruedas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bastón</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andador ortopédico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muletas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oxígeno</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Monitor de glucosa</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Monitor de la presión arterial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Termómetro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro artículo: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Usa	Necesita	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bastón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andador ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitor de glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitor de la presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro artículo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usa	Necesita																																
Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Bastón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Andador ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Muletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Monitor de glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Monitor de la presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Termómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Otro artículo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<p>19. ¿Usa actualmente alguno de los siguientes servicios de Salud del comportamiento? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental para pacientes internados <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios (asesoramiento) <input type="checkbox"/> Programas de evaluación de emergencia (servicios de crisis) <input type="checkbox"/> Tratamiento con medicamentos recetados para la salud mental (Seroquel, Prozac, Depakote) <input type="checkbox"/> Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados (desintoxicación) <input type="checkbox"/> Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios (asesoramiento) <input type="checkbox"/> Tratamiento en un centro especializado en consumo de sustancias (tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por consumo de sustancias, como Suboxone, Metadona, Vivitrol) <input type="checkbox"/> No uso ninguno de los servicios mencionados anteriormente <input type="checkbox"/> Otro servicio: _____ 																																		

20. ¿Se le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades mentales? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Demencia/enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> No se me ha diagnosticado una enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta |
| <input type="checkbox"/> TEPT | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

21. ¿Consumo actualmente alguna de las siguientes sustancias, excepto aquellas que necesite por un motivo médico? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Heroína |
| <input type="checkbox"/> Nicotina (cigarrillos, masticar tabaco, vapor de cigarrillos electrónicos) | <input type="checkbox"/> LSD/ácidos |
| <input type="checkbox"/> Anfetaminas | <input type="checkbox"/> Marihuana |
| <input type="checkbox"/> Ansiolíticos (Valium) | <input type="checkbox"/> Metanfetamina/cristales de metanfetamina |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados Analgésicos (Morfina/Percocet) |
| <input type="checkbox"/> Cocaína/crac | <input type="checkbox"/> Nunca he consumido ninguna de las sustancias anteriores |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

22. ¿Se ha preocupado usted o un familiar, amigo, médico u otro trabajador de atención de la salud por su consumo de alcohol o de drogas? ¿Le han sugerido que reduzca o detenga el consumo?

- Sí No Prefiero no responder

23. ¿Está usando en la actualidad alguno de los siguientes servicios de MassHealth? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios médicos diurnos para adultos | Servicios de hospital de rehabilitación para pacientes internados y ambulatorios con enfermedades crónicas (más de 100 días de servicios) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de hogar de acogida para adultos | |
| <input type="checkbox"/> Servicios continuos de enfermería especializada (más de 100 días de servicios) | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de habilitación diurnos | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de hogar de acogida colectivo para adultos | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de centro de enfermería (más de 100 días de servicios) | |
| | <input type="checkbox"/> Servicios de asistente de atención personal (incluido el Programa de alojamiento transitorio) |
| | <input type="checkbox"/> No estoy usando ningún servicio de MassHealth en este momento |
| | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta |

24. ¿Está participando actualmente de una Exención de servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS)?

- Sí No Prefiero no responder

25. ¿Recibe actualmente servicios de alguna de las siguientes agencias estatales? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias (BSAS) | <input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental (DMH) | <input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Ciegos (MCB) |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS) | <input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Personas Sordas y con Problemas Auditivos (MCDHH) |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias (DCF) | <input type="checkbox"/> Comisión de rehabilitación de Massachusetts (MRC) |
| <input type="checkbox"/> Oficina Ejecutiva de Asuntos de Ancianos (EOEA) | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Educación especial | <input type="checkbox"/> No he recibido servicios de ninguna agencia estatal |
| | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

<p>26. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Peinarse <input type="checkbox"/> Ir al baño <input type="checkbox"/> Llevar una dieta nutritiva <input type="checkbox"/> Levantarse de la cama <input type="checkbox"/> Levantarse de una silla <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> No necesito ayuda con estas actividades <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta 	<p>27. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Comprar artículos personales <input type="checkbox"/> Usar los medios de transporte <input type="checkbox"/> Administrar el dinero <input type="checkbox"/> Lavar la ropa <input type="checkbox"/> Hacer tareas domésticas sencillas <input type="checkbox"/> Cocinar <input type="checkbox"/> No necesito ayuda con estas actividades <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<p>28. ¿Hay algo que quisiera hacer para mejorar su salud?</p>	

<p>Información sobre su casa y entorno</p>	
<p>29. ¿Cuántas personas, incluido usted, viven en su domicilio en este momento? _____</p>	
<p>30. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tengo vivienda <input type="checkbox"/> No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o trenes, o en un parque) <input type="checkbox"/> Tengo vivienda actualmente, pero me preocupa perderla en el futuro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta 	<p>31. Piense en el lugar en el que vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plaga de insectos <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Pintura o tuberías con plomo <input type="checkbox"/> Calefacción inadecuada <input type="checkbox"/> Horno o cocina que no funcionan <input type="checkbox"/> Falta de detectores de humo o detectores que no funcionan <input type="checkbox"/> Pérdidas de agua <input type="checkbox"/> Ninguno de las anteriores <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta
<p>32. En los últimos 12 meses ¿han amenazado las compañías de electricidad, gas, combustible o agua con cortar los servicios en su casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya los cortaron <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta 	<p>33. En los últimos 12 meses, ¿le ha impedido la falta de transporte asistir a las citas médicas, las reuniones, el trabajo u obtener productos necesarios para la vida diaria? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos. <input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido asistir a las reuniones no médicas, las citas, el trabajo u obtener los productos que necesito. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta

<p>34. En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado que se acabe su comida antes de tener dinero para comprar más?</p> <p><input type="checkbox"/> A menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>35. En promedio, ¿cuántos días a la semana hace al menos 30 minutos de ejercicio u otra actividad física? <i>Por ejemplo, caminar, correr, levantar pesas, realizar deportes de equipo o tareas de jardinería</i></p> <p><input type="checkbox"/> De 5 a 7 días (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> De 3 a 4 días (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 días</p> <p><input type="checkbox"/> Solo ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>
<p>35 a. ¿Qué obstáculos le impiden hacer ejercicio regularmente? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo tiempo suficiente en el día</p> <p><input type="checkbox"/> No sé cómo hacer ejercicio correctamente</p> <p><input type="checkbox"/> No sé a dónde ir para hacer ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy lo suficientemente saludable como para hacer ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> Es difícil mantenerse motivado</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p>	<p>36. ¿Alguna vez sintió que alguien lo lastimó físicamente, lo insultó, lo amenazó o le gritó?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>
<p>36 a. ¿Con qué frecuencia alguna persona, incluidos sus familiares, lo lastima físicamente, insulta, amenaza o le grita?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Con frecuencia</p>	<p>37. ¿Siente que tiene reacciones físicas (p. ej., el corazón le late rápidamente, tiene dificultad para respirar, suda) cuando algo le recuerda una experiencia estresante del pasado?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>
<p>38. El estrés es un sentimiento por el cual una persona vive tensa, nerviosa, ansiosa o no puede dormir de noche porque algo perturba su mente. ¿Qué tan estresado se siente?</p> <p><input type="checkbox"/> Para nada</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Algo</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Muchísimo</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE NIÑOS (PARA ADULTOS)

Tómese unos minutos para completar esta encuesta.

Su evaluación de salud ayudará a que BeHealthy Partnership pueda brindar mejores servicios de salud y coordinar la atención que recibe. Mantendremos la privacidad de esta información. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios de MassHealth/Medicaid.

Instrucciones de la encuesta

1. Complete un formulario de la evaluación por cada Miembro nuevo.

2. Necesitará tener a mano la siguiente información:

- a. Su número de tarjeta de seguro de Miembro de BeHealthy Partnership
- b. Los nombres, los números de teléfono y las direcciones de su médico o enfermero

3. Responda cada una de las preguntas al marcar la casilla correspondiente o escribir su respuesta en el espacio provisto.

4. A veces, deberá omitir algunas preguntas de esta encuesta. En este caso, verá una nota que le indicará qué preguntas debe saltar y cuál es la siguiente pregunta.

5. Completar esta encuesta le llevará 30 minutos aproximadamente.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario de evaluación. BeHealthy Partnership revisará sus respuestas para determinar si existen programas de administración de la atención, materiales educativos u otros recursos que le puedan resultar útiles.

Información personal

Nombre de la persona que completa este formulario:

Relación de la persona que completa este formulario con el Miembro:

Misma persona Padre Cónyuge/pareja Cuidador profesional Representante autorizado

Nombre del Miembro (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

Identificación de miembro de MassHealth BeHealthy Partnership:

Fecha de nacimiento:

____/____/____

1. ¿Con qué género se identifica su hijo?:

- Masculino Femenino
- Varón transgénero Mujer transgénero
- Género no definido/no conforme
- Otro _____
- Prefiero no responder

2. ¿Con qué orientación sexual cree que se identifica su hijo?:

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Otra _____
- Prefiero no responder

Dirección (número y calle)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono:

PARTICULAR ()

CELULAR ()

LABORAL ()

Dirección de correo electrónico:

<p>3. ¿Cómo describiría la raza de su hijo? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Otra raza _____</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Desconocida/no especificada</p> <p> <input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	
<p>4. ¿Cómo describiría el origen cultural/étnico de su hijo? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Guatemalteco</p> <p><input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Haitiano</p> <p><input type="checkbox"/> Estadounidense <input type="checkbox"/> Hondureño</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Brasileño <input type="checkbox"/> Laosiano</p> <p><input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano</p> <p><input type="checkbox"/> Caboverdiano <input type="checkbox"/> Mediorienta</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Caribe <input type="checkbox"/> Nepalí</p> <p><input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Portugués</p> <p><input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño</p> <p><input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Ruso</p> <p><input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Salvadoreño</p> <p><input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Somalí</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Europa del Este <input type="checkbox"/> Sudamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Desconocido/no especificado</p>	
<p>5. Idioma de preferencia</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés</p> <p><input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Si la respuesta es "Otro", especifíquelo: _____</p>	<p>6. ¿Cómo clasificaría la habilidad de su hijo para leer?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Buena</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<p>7. ¿Con qué frecuencia necesita su hijo que alguien lo ayude al leer las instrucciones, los panfletos u otro material escrito de su médico o farmacia?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	
<p>8. ¿Cuál es la situación laboral actual de su hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado de medio parcial <input type="checkbox"/> Tareas domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado y en busca de trabajo actualmente <input type="checkbox"/> Trabajador independiente</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado y no está en busca de trabajo actualmente <input type="checkbox"/> Imposibilitado para trabajar</p> <p><input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	

9. ¿Cuál es el grado o nivel educativo más elevado que ha alcanzado su hijo? *Si actualmente está inscrito, indique el título más alto que recibió.*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Estudios de posgrado incompletos |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria completa o prueba general de desarrollo educativo (General Educational Development, GED) | <input type="checkbox"/> Maestría |
| <input type="checkbox"/> Estudios universitarios incompletos (título de centro de estudios superiores, título universitario técnico) | <input type="checkbox"/> Mi hijo no está inscrito en la escuela actualmente |
| | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Información de salud

<p>10. ¿Cómo describiría la salud de su hijo actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Buena</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Mala</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>11. ¿Es su hijo sordo o tiene alguna dificultad auditiva grave?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>12. ¿Es su hijo ciego o tiene dificultades de la vista graves, incluso si usa anteojos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<p>13. ¿Tiene su hijo un médico o enfermero a quienes acudir generalmente por sus necesidades de atención de la salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee las 2 próximas preguntas)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>13 a. y b. Proporcione los siguientes datos. El nombre y la dirección del médico:</p>	<p>13 c. ¿Ha ido su hijo al médico en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

14. ¿Ha recibido su hijo O está recibiendo tratamiento actualmente por cualquiera de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan.

	Actual	Anterior	N/C
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad/problemas de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>15. ¿Toma actualmente su hijo algún medicamento recetado de manera regular?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>15 a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos?</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4 o más</p>																																	
<p>16. En los últimos 12 meses, ¿recibió su hijo atención en una sala de emergencias?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>16 a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces?</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 6</p>																																	
<p>17. En los últimos 12 meses, ¿ha debido su hijo pasar la noche en un hospital?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>17 a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces?</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 6</p>																																	
<p>18. ¿Usa o necesita actualmente su hijo algún equipo médico o de diagnóstico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>18 a. Marque todas las opciones que correspondan.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Usa</th> <th style="text-align: center;">Necesita</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Silla de ruedas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bastón</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andador ortopédico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muletas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oxígeno</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Monitor de glucosa</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Monitor de la presión arterial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Termómetro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Usa	Necesita	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bastón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andador ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitor de glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitor de la presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usa	Necesita																																
Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Bastón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Andador ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Muletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Monitor de glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Monitor de la presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Termómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<p>19. ¿Usa actualmente su hijo alguno de los siguientes servicios de Salud del comportamiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental para pacientes internados</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios (asesoramiento)</p> <p><input type="checkbox"/> Programas de evaluación de emergencia (servicios de crisis)</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento con medicamentos recetados para la salud mental (Risperidona, Seroquel, Prozac, Depakote)</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados (desintoxicación)</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios (asesoramiento)</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento en un centro especializado en consumo de sustancias (tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por consumo de sustancias, como Suboxone, Metadona, Vivitrol)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mi hijo no usa ninguno de los servicios mencionados anteriormente</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>																																		

20. ¿Se le ha diagnosticado a su hijo alguna de las siguientes enfermedades mentales? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Demencia/enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o ataques de pánico | <input type="checkbox"/> No, a mi hijo no le han diagnosticado una enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> TEPT | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

21. ¿Consume actualmente su hijo alguna de las siguientes sustancias, excepto si las necesita por un motivo médico? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Heroína |
| <input type="checkbox"/> Nicotina (cigarrillos, masticar tabaco, vapor de cigarrillos electrónicos) | <input type="checkbox"/> LSD/ácidos |
| <input type="checkbox"/> Anfetaminas | <input type="checkbox"/> Marihuana |
| <input type="checkbox"/> Ansiolíticos (Valium) | <input type="checkbox"/> Metanfetamina/cristales de metanfetamina |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Analgésicos recetados (Morfina/Percofet) |
| <input type="checkbox"/> Cocaína/crac | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> No, mi hijo nunca ha consumido ninguna de las sustancias mencionadas anteriormente |

22. ¿Se ha preocupado usted o un familiar, amigo, médico u otro trabajador de atención de la salud por el consumo de alcohol o de drogas de su hijo? ¿Le han sugerido que reduzca o detenga el consumo?

- Sí No Prefiero no responder

23. ¿Usa actualmente su hijo alguno de los siguientes servicios de MassHealth? Marque todas las opciones que correspondan.

- Servicios médicos diurnos para adultos
- Servicios de hogares de acogida para adultos
- Servicios continuos de enfermería especializada (más de 100 días de servicios)
- Servicios de habilitación diurnos
- Servicios de centro de enfermería (más de 100 días de servicios)
- Servicios de hospital de rehabilitación para pacientes internados y ambulatorios con enfermedades crónicas (más de 100 días de servicios)
- Red de cuidados paliativos pediátricos
- Servicios de asistente de atención personal (incluido el Programa de alojamiento transitorio)
- No, mi hijo no está usando ningún servicio de MassHealth en este momento
- Prefiero no responder esta pregunta

24. ¿Está participando actualmente su hijo de una Exención de servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS)?

- Sí No Prefiero no responder

<p>25. ¿Recibe actualmente su hijo servicios de alguna de las siguientes agencias estatales? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias (BSAS)</td> <td><input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Ciegos (MCB)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental (DMH)</td> <td><input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Personas Sordas y con Problemas Auditivos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS)</td> <td><input type="checkbox"/> Comisión de Rehabilitación de Massachusetts (MRC)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias (DCF)</td> <td><input type="checkbox"/> No, mi hijo no ha recibido servicios por parte de ninguna agencia estatal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Educación especial</td> <td><input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oficina Ejecutiva de Asuntos de Ancianos (EOEA)</td> <td><input type="checkbox"/> Otra: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana</td> <td><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias (BSAS)	<input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Ciegos (MCB)	<input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental (DMH)	<input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Personas Sordas y con Problemas Auditivos	<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS)	<input type="checkbox"/> Comisión de Rehabilitación de Massachusetts (MRC)	<input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias (DCF)	<input type="checkbox"/> No, mi hijo no ha recibido servicios por parte de ninguna agencia estatal	<input type="checkbox"/> Educación especial	<input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana	<input type="checkbox"/> Oficina Ejecutiva de Asuntos de Ancianos (EOEA)	<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias (BSAS)	<input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Ciegos (MCB)														
<input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental (DMH)	<input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Personas Sordas y con Problemas Auditivos														
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS)	<input type="checkbox"/> Comisión de Rehabilitación de Massachusetts (MRC)														
<input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias (DCF)	<input type="checkbox"/> No, mi hijo no ha recibido servicios por parte de ninguna agencia estatal														
<input type="checkbox"/> Educación especial	<input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana														
<input type="checkbox"/> Oficina Ejecutiva de Asuntos de Ancianos (EOEA)	<input type="checkbox"/> Otra: _____														
<input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder														
<p>26. ¿Necesita su hijo ayuda con cualquiera de las siguientes actividades? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Peinarse <input type="checkbox"/> Ir al baño <input type="checkbox"/> Llevar una dieta nutritiva <input type="checkbox"/> Levantarse de la cama <input type="checkbox"/> Levantarse de una silla <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> No, mi hijo no necesita ayuda con estas actividades <input type="checkbox"/> Prefiero no responder 	<p>27. ¿Necesita su hijo ayuda con cualquiera de las siguientes actividades? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Comprar artículos personales <input type="checkbox"/> Usar los medios de transporte <input type="checkbox"/> Administrar el dinero <input type="checkbox"/> Lavar la ropa <input type="checkbox"/> Hacer tareas domésticas sencillas <input type="checkbox"/> Cocinar <input type="checkbox"/> No, mi hijo no necesita ayuda con estas actividades <input type="checkbox"/> Prefiero no responder 														
<p>28. ¿Hay algo que su hijo quisiera hacer para mejorar su salud?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hacer ejercicio</td> <td><input type="checkbox"/> Reducir el consumo de sal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dejar de fumar</td> <td><input type="checkbox"/> Controlar su salud</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reducir el consumo de alcohol</td> <td><input type="checkbox"/> No, mi hijo no tiene ningún objetivo ni inquietud con respecto a su salud en este momento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bajar de peso</td> <td><input type="checkbox"/> Otra actividad: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reducir el estrés</td> <td><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tomar los medicamentos de manera adecuada</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Llevar un plan de alimentación</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> Reducir el consumo de sal	<input type="checkbox"/> Dejar de fumar	<input type="checkbox"/> Controlar su salud	<input type="checkbox"/> Reducir el consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> No, mi hijo no tiene ningún objetivo ni inquietud con respecto a su salud en este momento	<input type="checkbox"/> Bajar de peso	<input type="checkbox"/> Otra actividad: _____	<input type="checkbox"/> Reducir el estrés	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Tomar los medicamentos de manera adecuada		<input type="checkbox"/> Llevar un plan de alimentación	
<input type="checkbox"/> Hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> Reducir el consumo de sal														
<input type="checkbox"/> Dejar de fumar	<input type="checkbox"/> Controlar su salud														
<input type="checkbox"/> Reducir el consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> No, mi hijo no tiene ningún objetivo ni inquietud con respecto a su salud en este momento														
<input type="checkbox"/> Bajar de peso	<input type="checkbox"/> Otra actividad: _____														
<input type="checkbox"/> Reducir el estrés	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder														
<input type="checkbox"/> Tomar los medicamentos de manera adecuada															
<input type="checkbox"/> Llevar un plan de alimentación															
<p>Información sobre su casa y entorno</p>															
<p>29. ¿Con cuántas personas vive su hijo en el domicilio actualmente, incluido él mismo? _____</p>															
<p>30. ¿Cuál es la situación de vivienda de su hijo hoy?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene vivienda <input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene vivienda (vive con otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en la playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o trenes, o en un parque) <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene vivienda actualmente, pero podría perderla en el futuro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder 	<p>31. Piense en el lugar en el que vive su hijo. ¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plaga de insectos <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Pintura o tuberías con plomo <input type="checkbox"/> Calefacción inadecuada <input type="checkbox"/> Horno o cocina que no funcionan <input type="checkbox"/> Falta de detectores de humo o detectores que no funcionan <input type="checkbox"/> Pérdidas de agua <input type="checkbox"/> Ninguno de las anteriores <input type="checkbox"/> Prefiero no responder 														

<p>32. En los últimos 12 meses ¿han amenazado las compañías de electricidad, gas, combustible o agua con cortar los servicios en la casa de su hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Ya los cortaron</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>33. En los últimos 12 meses, ¿le ha impedido a su hijo la falta de transporte asistir a las citas médicas, las reuniones, el trabajo u obtener productos necesarios para la vida diaria? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ha impedido que mi hijo asista a citas médicas u obtenga medicamentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ha impedido que mi hijo asista a las reuniones no médicas, las citas, el trabajo, u obtenga los productos que necesita.</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<p>34. En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado que se acabe la comida de su hijo antes de que tenga dinero para comprar más?</p> <p><input type="checkbox"/> A menudo</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>35. En promedio, ¿cuántos días por semana su hijo hace al menos 30 minutos de ejercicio u otra actividad física? <i>Por ejemplo, caminar, correr, levantar pesas, realizar deportes de equipo o tareas de jardinería</i></p> <p><input type="checkbox"/> De 5 a 7 días (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> De 3 a 4 días (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 días</p> <p><input type="checkbox"/> Solo ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<p>35 a. ¿Qué obstáculos le impiden a su hijo hacer ejercicio regularmente? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene tiempo suficiente en el día</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe cómo hacer ejercicio correctamente</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe a dónde ir para hacer ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> No está lo suficientemente saludable como para hacer ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> Le resulta difícil mantenerse motivado</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p>	<p>36. ¿Alguna vez sintió su hijo que alguien lo lastimó físicamente, lo insultó, lo amenazó o le gritó?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<p>36 a. ¿Con qué frecuencia alguna persona, incluidos sus familiares, lo lastima físicamente, insulta, amenaza o le grita a su hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Con frecuencia</p>	<p>37. ¿Siente su hijo que tiene reacciones físicas (p. ej., el corazón le late rápidamente, tiene dificultad para respirar, suda) cuando algo le recuerda una experiencia estresante del pasado?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<p>38. El estrés es un sentimiento por el cual una persona vive tensa, nerviosa, ansiosa o no puede dormir de noche porque algo perturba su mente. ¿Qué tan estresado está su hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> Para nada</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Algo</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Muchísimo</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	

Necesidades familiares y de vivienda de su hijo

39. Si tiene hijos menores de 8 años en su hogar, ¿usa un asiento para automóvil para ellos cuando conduce?

- Sí A veces
 No Esta pregunta no corresponde con mi situación

40. A excepción del baño, ¿cuántas habitaciones tiene la vivienda de su hijo? _____

41. ¿Con qué frecuencia su hijo ve o habla con personas que quiere y que son de su confianza? (Por ejemplo, hablar con amigos por teléfono, visitar a dichos amigos o familiares, ir a la iglesia o a las reuniones del club)

- Menos de una vez por semana 5 veces o más por semana
 Entre 1 y 2 veces por semana Prefiero no responder
 De 3 a 5 veces por semana

42. ¿Recibe su hijo normalmente el desayuno que la escuela proporciona?

- Sí
 No
 Esta pregunta no corresponde con la situación de mi hijo
 Prefiero no responder

43. Durante los últimos 2 años, ¿le han quitado algún subsidio de cuidado infantil?

- Sí
 No
 Esta pregunta no corresponde con mi situación
 Prefiero no responder

44. ¿Tiene dificultades para satisfacer las necesidades básicas de su hijo? (P. ej., pañales, ropa, asientos de automóvil o artículos para volver a la escuela)

- Sí
 No
 Prefiero no responder

45. ¿Con qué frecuencia durante el último mes su hijo pasó el día sin suficiente comida?

- Todos los días Una vez
 Algunas veces por semana (de 2 a 6 veces por semana) Nunca (si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)
 Algunas veces por mes Prefiero no responder

45 a. ¿Por qué su hijo no tuvo comida suficiente? Marque todas las opciones que correspondan.

- No tuve suficiente dinero para comprar comida
 Nadie puede prepararla
 No hay agua/leña/electricidad
 Otra: _____

46. La última vez que buscó tratamiento de alguien externo al grupo familiar por una enfermedad de su hijo, ¿a dónde fue?

- Hospital
 Centro de salud
 Enfermería/farmacia
 Trabajador de la salud comunitario
 Clínica MCH
 Clínica móvil/de asistencia
 Médico privado
 Curandero tradicional
 Amigo/familiar
 No estoy seguro
 Prefiero no responder
 Otro: _____

47. ¿Cómo llegó allí?

- A pie/en bicicleta
 Transporte público
 Vehículo propio/vehículo de otra persona
 N/C (servicios móviles)
 No estoy seguro
 Prefiero no responder
 Otro: _____

48. ¿Qué le preocupa más acerca de sus responsabilidades como protector de su hijo? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tener dinero para enviar a los niños a la escuela/guardería | <input type="checkbox"/> Cuidar a un niño enfermo |
| <input type="checkbox"/> Tener dinero para la comida | <input type="checkbox"/> Mi propia mala salud o vejez, o limitaciones físicas |
| <input type="checkbox"/> Tener dinero para su ropa | <input type="checkbox"/> No tengo ninguna preocupación en este momento |
| <input type="checkbox"/> La vivienda o tener dinero para la vivienda | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras inquietudes financieras | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Tener dinero para enviar a los niños a la escuela/guardería | |

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE NIÑOS

Tómese unos minutos para completar esta encuesta.

Su evaluación de salud ayudará a que BeHealthy Partnership pueda brindar mejores servicios de salud y coordinar la atención que recibe. Mantendremos la privacidad de esta información. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios de MassHealth/Medicaid.

Instrucciones de la encuesta

1. Complete un formulario de la evaluación por cada Miembro nuevo.

2. Necesitará tener a mano la siguiente información:

a. Su número de tarjeta de seguro de Miembro de BeHealthy Partnership

b. Los nombres, los números de teléfono y las direcciones de su médico o enfermero

3. Responda cada una de las preguntas al marcar la casilla correspondiente o escribir su respuesta en el espacio provisto.

4. A veces, deberá omitir algunas preguntas de esta encuesta. En este caso, verá una nota que le indicará qué preguntas debe saltar y cuál es la siguiente pregunta.

5. Completar esta encuesta le llevará 30 minutos aproximadamente.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario de evaluación. BeHealthy Partnership revisará sus respuestas para determinar si existen programas de administración de la atención, materiales educativos u otros recursos que le puedan resultar útiles.

Información personal

Nombre de la persona que completa este formulario:

Relación de la persona que completa este formulario con el Miembro:

Misma persona Padre Cónyuge/pareja Cuidador profesional Representante autorizado

Nombre del Miembro (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

Identificación de miembro de
MassHealth BeHealthy Partnership:

Fecha de nacimiento:

/ /

1. ¿Con qué género se identifica?:

- Masculino Femenino
 Varón transgénero Mujer transgénero
 Género no definido/no conforme
 Otro _____
 Prefiero no responder esta pregunta

2. ¿Con qué orientación sexual se identifica?:

- Heterosexual
 Homosexual
 Bisexual
 Otra _____
 Prefiero no responder esta pregunta

Dirección (número y calle)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono:

PARTICULAR ()

CELULAR ()

LABORAL ()

Dirección de correo electrónico:

<p>3. ¿Cómo describiría su raza? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Otra raza</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Desconocida/no especificada</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	
<p>4. ¿Cómo describiría su origen cultural/étnico? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Guatemalteco</p> <p><input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Haitiano</p> <p><input type="checkbox"/> Estadounidense <input type="checkbox"/> Hondureño</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Brasileño <input type="checkbox"/> Laosiano</p> <p><input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano</p> <p><input type="checkbox"/> Caboverdiano <input type="checkbox"/> Mediorienta</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Caribe <input type="checkbox"/> Nepalí</p> <p><input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Portugués</p> <p><input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño</p> <p><input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Ruso</p> <p><input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Salvadoreño</p> <p><input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Somalí</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Europa del Este <input type="checkbox"/> Sudamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	
<p>5. Idioma de preferencia</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés</p> <p><input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Si la respuesta es "Otro", especifíquelo _____</p>	<p>6. ¿Cómo clasificaría su habilidad para leer?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Buena</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>
<p>7. ¿Con qué frecuencia necesita que alguien le ayude al leer las instrucciones, los panfletos u otro material escrito de su médico o farmacia?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	
<p>8. ¿Cuál es su situación laboral actual?</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado de medio parcial <input type="checkbox"/> Tareas domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado y en busca de trabajo actualmente <input type="checkbox"/> Trabajador independiente</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado y no está en busca de trabajo actualmente <input type="checkbox"/> Imposibilitado para trabajar</p> <p><input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	

9. ¿Cuál es el grado o nivel educativo más elevado que ha alcanzado? *Si actualmente está inscrito, indique el título más alto que recibió.*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela primaria incompleta | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Estudios de posgrado incompletos |
| <input type="checkbox"/> Escuela secundaria completa o prueba general de desarrollo educativo (GED) | <input type="checkbox"/> Maestría |
| <input type="checkbox"/> Estudios universitarios incompletos (título de centro de estudios superiores, título universitario técnico) | <input type="checkbox"/> Actualmente, no estoy inscrito en la escuela |
| | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta |

Información de salud

<p>10. ¿Cómo describiría su salud actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Buena</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Mala</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>11. ¿Está sordo o tiene dificultades auditivas graves?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>12. ¿Es ciego o tiene dificultades de la vista graves, incluso si usa anteojos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	
<p>13. ¿Tiene un médico o enfermero a quienes acudir generalmente por sus necesidades de atención de la salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee las próximas 2 preguntas)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>13 a. y b. Proporcione los siguientes datos. El nombre y la dirección del médico:</p>	<p>13 c. ¿Ha ido a su médico en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	
<p>14. ¿Ha recibido O está recibiendo tratamiento actualmente por cualquiera de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan.</p>			
	Actual	Anterior	N/C
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad/problemas de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>15. ¿Toma actualmente algún medicamento recetado de manera regular?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p>	<p>15 a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos?</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4 o más</p>																																										
<p>16. En los últimos 12 meses, ¿recibió atención en una sala de emergencias?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>16 a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces?</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 6</p>																																										
<p>17. En los últimos 12 meses, ¿ha debido pasar la noche en un hospital?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>17 a. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces?</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 6</p>																																										
<p>18. ¿Usa o necesita actualmente algún equipo médico o de diagnóstico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>18 a. Marque todas las opciones que correspondan.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Usa</th> <th style="text-align: center;">Necesita</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Silla de ruedas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bastón</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andador ortopédico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muletas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oxígeno</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Monitor de glucosa</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Monitor de la presión arterial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Termómetro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tubo de gastrostomía</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Traqueotomía</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Usa	Necesita	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bastón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andador ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitor de glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitor de la presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tubo de gastrostomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traqueotomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usa	Necesita																																									
Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Bastón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Andador ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Muletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Monitor de glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Monitor de la presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Termómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Sistema de CPAP (para la apnea del sueño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Tubo de gastrostomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Traqueotomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<p>19. ¿Usa actualmente alguno de los siguientes servicios de Salud del comportamiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental para pacientes internados</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios (asesoramiento)</p> <p><input type="checkbox"/> Programas de evaluación de emergencia (servicios de crisis)</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento con medicamentos recetados para la salud mental (Risperidona, Seroquel, Prozac, Depakote)</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados (desintoxicación)</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios (asesoramiento)</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento en un centro especializado en consumo de sustancias (tratamiento asistido con medicamentos para trastornos por consumo de sustancias, como Suboxone, Metadona, Vivitrol)</p> <p><input type="checkbox"/> No uso ninguno de los servicios mencionados anteriormente</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>																																											

20. ¿Se le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades mentales? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Demencia/enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> No se me ha diagnosticado una enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> TEPT | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta |

21. ¿Consume actualmente alguna de las siguientes sustancias, excepto aquellas que necesite por un motivo médico? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Heroína |
| <input type="checkbox"/> Nicotina (cigarrillos, masticar tabaco, vapor de cigarrillos electrónicos) | <input type="checkbox"/> LSD/ácidos |
| <input type="checkbox"/> Anfetaminas | <input type="checkbox"/> Marihuana |
| <input type="checkbox"/> Ansiolíticos (Valium) | <input type="checkbox"/> Metanfetamina/cristales de metanfetamina |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Analgésicos recetados (Morfina/Percocet) |
| <input type="checkbox"/> Cocaína/crac | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta | <input type="checkbox"/> NO, nunca he consumido ninguna de las sustancias anteriores |

22. ¿Se ha preocupado usted o un familiar, amigo, médico u otro trabajador de atención de la salud por su consumo de alcohol o de drogas? ¿Le han sugerido que reduzca o detenga el consumo?

- Sí No Prefiero no responder esta pregunta

23. ¿Está usando en la actualidad alguno de los siguientes servicios de MassHealth? Marque todas las opciones que correspondan.

- Servicios médicos diurnos para adultos
- Servicios de hogares de acogida para adultos
- Servicios continuos de enfermería especializada (más de 100 días de servicios)
- Servicios de habilitación diurnos
- Servicios de centro de enfermería (más de 100 días de servicios)
- Servicios de hospital de rehabilitación
- para pacientes internados y ambulatorios con enfermedades crónicas (más de 100 días de servicios)
- Red de cuidados paliativos pediátricos
- Servicios de asistente de atención personal (incluido el Programa de alojamiento transitorio)
- No, mi hijo no está usando ningún servicio de MassHealth en este momento
- Prefiero no responder esta pregunta

24. ¿Está participando actualmente de una Exención de servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS)?

- Sí No Prefiero no responder esta pregunta

25. ¿Recibe actualmente servicios de alguna de las siguientes agencias estatales? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias (BSAS) | <input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Ciegos (MCB) |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental (DMH) | <input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Personas Sordas y con Problemas Auditivos |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS) | <input type="checkbox"/> Comisión de Rehabilitación de Massachusetts (MRC) |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias (DCF) | <input type="checkbox"/> No, mi hijo no ha recibido servicios por parte de ninguna agencia estatal |
| <input type="checkbox"/> Educación especial | <input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana |
| <input type="checkbox"/> Oficina Ejecutiva de Asuntos de Ancianos (EOEA) | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

26. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades? Marque todas las opciones que correspondan.

- Bañarse
- Vestirse
- Peinarse
- Ir al baño
- Llevar una dieta nutritiva
- Levantarse de la cama
- Levantarse de una silla
- Caminar
- No necesito ayuda con estas actividades
- Prefiero no responder esta pregunta

27. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades? Marque todas las opciones que correspondan.

- Usar el teléfono
- Comprar artículos personales
- Usar los medios de transporte
- Administrar el dinero
- Lavar la ropa
- Hacer tareas domésticas sencillas
- Cocinar
- No, no necesito ayuda con estas actividades
- Prefiero no responder esta pregunta

28. ¿Hay algo que quisiera hacer para mejorar su salud?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> Tomar los medicamentos de manera adecuada |
| <input type="checkbox"/> Dejar de fumar | <input type="checkbox"/> Reducir el consumo de sal |
| <input type="checkbox"/> Reducir el consumo de alcohol | <input type="checkbox"/> Controlar mi salud |
| <input type="checkbox"/> Bajar de peso | <input type="checkbox"/> Otra actividad _____ |
| <input type="checkbox"/> Reducir el estrés | <input type="checkbox"/> No, no tengo ningún objetivo ni inquietud con respecto a mi salud en este momento |
| <input type="checkbox"/> Llevar un plan de alimentación | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta |

Información sobre su casa y entorno

29. ¿Cuántas personas, incluido usted, viven en su domicilio en este momento? _____

30. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

- Tengo vivienda
- No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en la playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o trenes, o en un parque)
- Tengo vivienda actualmente, pero me preocupa perderla en el futuro
- Prefiero no responder esta pregunta

31. Piense en el lugar en el que vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas? Marque todas las opciones que correspondan.

- Plaga de insectos
- Moho
- Pintura o tuberías con plomo
- Calefacción inadecuada
- Horno o cocina que no funcionan
- Falta de detectores de humo o detectores que no funcionan
- Pérdidas de agua
- Ninguno de las anteriores
- Prefiero no responder esta pregunta

32. En los últimos 12 meses ¿han amenazado las compañías de electricidad, gas, combustible o agua con cortar los servicios en su casa?

- Sí
- No
- Ya los cortaron
- Prefiero no responder esta pregunta

33. En los últimos 12 meses, ¿le ha impedido la falta de transporte asistir a las citas médicas, las reuniones, el trabajo u obtener productos necesarios para la vida diaria? Marque todas las opciones que correspondan.

- Sí, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos.
- Sí, me ha impedido asistir a las reuniones no médicas, las citas, el trabajo u obtener los productos que necesito.
- No
- Prefiero no responder esta pregunta

34. En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado que se acabe su comida antes de tener dinero para comprar más?

- A menudo
- A veces
- Nunca
- Prefiero no responder esta pregunta

35. En promedio, ¿cuántos días a la semana hace al menos 30 minutos de ejercicio u otra actividad física? *Por ejemplo, caminar, correr, levantar pesas, realizar deportes de equipo o tareas de jardinería*

- De 5 a 7 días (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)
- De 3 a 4 días (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)
- Entre 1 y 2 días
- Solo ocasionalmente
- Prefiero no responder esta pregunta

35 a. ¿Qué obstáculos le impiden hacer ejercicio regularmente? Marque todas las opciones que correspondan.

- No tengo tiempo suficiente en el día
- No sé cómo hacer ejercicio correctamente
- No sé a dónde ir para hacer ejercicio
- No estoy lo suficientemente saludable como para hacer ejercicio
- Es difícil mantenerse motivado
- No estoy seguro

36. ¿Alguna vez sintió que alguien lo lastimó físicamente, lo insultó, lo amenazó o le gritó?

- Sí
- No (Si seleccionó esta respuesta, saltee la próxima pregunta)
- Prefiero no responder esta pregunta

<p>36 a. ¿Con qué frecuencia alguna persona, incluidos sus familiares, lo lastima físicamente, insulta, amenaza o le grita?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	<p>37. ¿Siente que tiene reacciones físicas (p. ej., el corazón le late rápidamente, tiene dificultad para respirar, suda) cuando algo le recuerda una experiencia estresante del pasado?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Pocas veces</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Con frecuencia</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>
<p>38. El estrés es un sentimiento por el cual una persona vive tensa, nerviosa, ansiosa o no puede dormir de noche porque algo perturba su mente. ¿Qué tan estresado se siente?</p> <p><input type="checkbox"/> Para nada</p> <p><input type="checkbox"/> Un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Algo</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Muchísimo</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder esta pregunta</p>	

Mantenerse saludable implica más que visitar a su médico. Las elecciones saludables dependen de usted. Es por ello que su plan BeHealthy Partnership le brinda más que solo una cobertura para sus visitas al médico. A continuación, encontrará uno de los diversos programas que ofrecemos para ayudarlo a controlar su salud.

BeHealthy Partnership le reembolsará a cada Miembro hasta \$50 por año calendario para los siguientes programas (consulte los requisitos de reembolso a continuación):

- Membresía de gimnasios que califiquen
- Honorarios de un entrenador personal
- Cargos de registro de deportes escolares y de la comunidad
- Programa Weight Watchers
- Clases de gimnasia aeróbica/de bienestar

Requisitos para el gimnasio

- El gimnasio debe tener equipo de ejercicios para entrenamiento cardiovascular y de resistencia (YMCA, Planet Fitness, Healthtrax, Gold's Gym, LA Fitness, Springfield Jewish Community Center, Attain, etc.) incluido en la membresía.

Requisitos para el Programa Weight Watchers®

- El reembolso se aplica únicamente a las reuniones de Weight Watchers®, Weight Watchers® Online y Weight Watchers® at Work.
- Para el Programa Weight Watchers® tradicional, envíe una copia de su manual de membresía de Weight Watchers® sellado.
- Para Weight Watchers® Online, entregue una copia impresa del historial de facturación de su cuenta.

Requisitos para inscribirse en deportes de la escuela o la ciudad

- Debe enviar un recibo pagado y fechado¹.

Requisitos para la clase de gimnasia aeróbica/bienestar y para el entrenador personal

- Los instructores de las clases y los entrenadores personales deben estar certificados.
- Entre las clases se incluyen: pilates, yoga, spinning, gimnasia aeróbica, entrenamiento de resistencia, tai chi, kickboxing, artes marciales, etc.

Requisitos para el reembolso: todos los programas

- El participante del programa debe ser un Miembro activo de BeHealthy Partnership durante tres meses seguidos al momento de la participación.
- Puede enviar su formulario dos veces, como máximo, por año calendario para obtener un reembolso máximo anual de \$50 por Miembro. (Tenga en cuenta que el reembolso de \$50 es por Miembro, por año calendario, no por actividad).
- Debe presentar un comprobante de pago y una copia de cualquier contrato relevante. Consulte la próxima página para obtener la información necesaria para el reembolso.
- Los recibos no se devolverán. BeHealthy Partnership aceptará copias de los recibos.

BeHealthy Partnership no le reembolsará lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Clases o sesiones de entrenamiento personal con entrenadores que no estén certificados. | <ul style="list-style-type: none"> • Tarifas pagadas en programas para perder peso que no sean el Programa Weight Watchers®. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Clubes de campo, clubes sociales o salones de bronceado. | <ul style="list-style-type: none"> • Vitaminas, suplementos, equipos deportivos/de ejercicio o tarifas de golf. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tarifas pagadas por comida, libros, transporte, videos o cualquier otro artículo o servicio. | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitudes recibidas después del 31 de marzo del siguiente año. |

Programa de descuentos

¡Combine este programa de reembolso con nuestro programa de descuentos y ahorre aún más! Gracias al programa, los Miembros también pueden recibir descuentos por elegir estilos de vida saludables. Para obtener información sobre todas las maneras en que su tarjeta de identificación de BeHealthy Partnership agrega valor adicional, visite behealthypartnership.org/benefits.

¹Un recibo pagado también puede ser un cheque cancelado o resúmenes de cuentas bancarias/de tarjetas de crédito.

Solo para uso de BeHealthy Partnership
 Recibos/contrato del Miembro actual que reflejen el pago
 Monto que se debe reembolsar \$ ____

Formulario de reembolso de bienestar de BeHealthy PartnershipSM

Información del suscriptor

Apellido:		Nombre:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
N.º de identificación de BeHealthy Partnership:			
N.º de teléfono:			
Todos los reembolsos se enviarán a la dirección del Miembro que figure actualmente en los archivos de BeHealthy Partnership. El reembolso máximo es \$50 por Miembro por año calendario.			

Información del Miembro (detalle los nombres de todos los miembros de la familia cubiertos para quienes envía esta solicitud)

Nombre del Miembro (apellido, nombre)	Relación con el suscriptor	Fecha de nacimiento

Actividad para reembolsar

Tipo de actividad	Nombre del programa/centro	Dirección/ n.º de teléfono	Monto solicitado	Año calendario

Información necesaria para el reembolso

- Este formulario completo. Haga una copia del formulario completo para sus registros.
- Una copia de contratos relevantes, acuerdos de membresía, acuerdos de entrenadores personales con n.º de licencia o formularios de inscripción. (Para deportes que se practiquen en la escuela y la ciudad, puede enviar el recibo pagado y fechado¹, únicamente).
- Recibos pagados y fechados, o copias de los resúmenes de cuentas bancarias o de tarjetas de crédito. Los recibos deben incluir el nombre del Miembro.
- Para el Programa Weight Watchers® tradicional, envíe una copia de su manual de membresía de Weight Watchers® sellado.
- Para Weight Watchers® Online, entregue una copia impresa del historial de facturación de su cuenta.

Certificación y autorización. (Este formulario debe estar firmado por cada Miembro cubierto de la familia que sea mayor de 18 años para quien se solicita el reembolso).

Autorizo la divulgación de información a BeHealthy Partnership sobre mi membresía del club de salud, inscripción en deportes que se practican en la escuela y la ciudad, clase de gimnasia aeróbica/bienestar, entrenamiento personal y, si corresponde, participación en el Programa Weight Watchers®. Certifico que la información que se proporciona para respaldar este envío está completa y es correcta.

Firma del Miembro/representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

Envíe por correo el formulario completo y la "Información necesaria para el reembolso" que se describe anteriormente a BeHealthy Partnership, Claims Department, One Monarch Place, Suite 1500, Springfield, MA 01144-1500.

Espera de 4 a 6 semanas para su procesamiento.

NOTA: BeHealthy Partnership debe recibir las solicitudes de reembolso del año anterior antes del 31 de marzo.

¹Un recibo pagado también puede ser un cheque cancelado o resúmenes de cuentas bancarias/de tarjetas de crédito.

Mantenerse saludable implica más que visitar a su médico. Las elecciones saludables dependen de usted. Es por ello que su plan BeHealthy Partnership le brinda más que solo una cobertura para sus visitas al médico. A continuación, encontrará uno de los diversos programas que ofrecemos para ayudarlo a controlar su salud.

BeHealthy Partnership le reembolsará a cada Miembro hasta \$50 por año calendario para los siguientes programas (consulte los requisitos de reembolso a continuación):

- Membresía de gimnasios que califiquen
- Honorarios de un entrenador personal
- Cargos de registro de deportes escolares y de la comunidad
- Programa Weight Watchers®
- Clases de gimnasia aeróbica/de bienestar

Requisitos para el gimnasio

- El gimnasio debe tener equipo de ejercicios para entrenamiento cardiovascular y de resistencia (YMCA, Planet Fitness, Healthtrax, Gold’s Gym, LA Fitness, Springfield Jewish Community Center, Attain, etc.) incluido en la membresía.

Requisitos para el Programa Weight Watchers®

- El reembolso se aplica únicamente a las reuniones de Weight Watchers®, Weight Watchers® Online y Weight Watchers® at Work.
- Para el Programa Weight Watchers® tradicional, envíe una copia de su manual de membresía de Weight Watchers® sellado.
- Para Weight Watchers® Online, entregue una copia impresa del historial de facturación de su cuenta.

Requisitos para inscribirse en deportes de la escuela o la ciudad

- Debe enviar un recibo pagado y fechado¹.

Requisitos para la clase de gimnasia aeróbica/bienestar y para el entrenador personal

- Los instructores de las clases y los entrenadores personales deben estar certificados.
- Entre las clases se incluyen: pilates, yoga, spinning, gimnasia aeróbica, entrenamiento de resistencia, tai chi, kickboxing, artes marciales, etc.

Requisitos para el reembolso: todos los programas

- El participante del programa debe ser un Miembro activo de BeHealthy Partnership durante tres meses seguidos al momento de la participación.
- Puede enviar su formulario dos veces, como máximo, por año calendario para obtener un reembolso máximo anual de \$50 por Miembro. (Tenga en cuenta que el reembolso de \$50 es por Miembro, por año calendario, no por actividad).
- Debe presentar un comprobante de pago y una copia de cualquier contrato relevante. Consulte la próxima página para obtener la información necesaria para el reembolso.
- Los recibos no se devolverán. BeHealthy Partnership aceptará copias de los recibos.

BeHealthy Partnership no le reembolsará lo siguiente:

<ul style="list-style-type: none"> • Clases o sesiones de entrenamiento personal con entrenadores que no estén certificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarifas pagadas en programas para perder peso que no sean el Programa Weight Watchers®.
<ul style="list-style-type: none"> • Clubes de campo, clubes sociales o salones de bronceado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vitaminas, suplementos, equipos deportivos/de ejercicio o tarifas de golf.
<ul style="list-style-type: none"> • Tarifas pagadas por comida, libros, transporte, videos o cualquier otro artículo o servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitudes recibidas después del 31 de marzo del siguiente año.

Programa de descuentos
 ¡Combine este programa de reembolso con nuestro programa de descuentos y ahorre aún más! Gracias al programa, los Miembros también pueden recibir descuentos por elegir estilos de vida saludables. Para obtener información sobre todas las maneras en que su tarjeta de identificación de BeHealthy Partnership agrega valor adicional, visite behealthypartnership.org/benefits.

¹Un recibo pagado también puede ser un cheque cancelado o resúmenes de cuentas bancarias/de tarjetas de crédito.

Solo para uso de BeHealthy Partnership
 Recibos/contrato del Miembro actual que
 reflejen el pago
 Monto que se debe reembolsar \$ ____

**Formulario de reembolso de bienestar de
 BeHealthy PartnershipSM**

Información del suscriptor		
Apellido:	Nombre:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de identificación de BeHealthy Partnership:		
N.º de teléfono:		
Todos los reembolsos se enviarán a la dirección del miembro que figure actualmente en los archivos de BeHealthy Partnership. El reembolso máximo es \$50 por Miembro por año calendario.		

Información del miembro (detalle los nombres de todos los miembros de la familia cubiertos para quienes envía esta solicitud)		
Nombre del Miembro (apellido, nombre)	Relación con el suscriptor	Fecha de nacimiento

Actividad para reembolsar				
Tipo de actividad	Nombre del programa/centro	Dirección/ n.º de teléfono	Monto solicitado	Año calendario

Información necesaria para el reembolso

- Este formulario completo. Haga una copia del formulario completo para sus registros.
- Una copia de contratos relevantes, acuerdos de membresía, acuerdos de entrenadores personales con n.º de licencia o formularios de inscripción. (Para deportes que se practiquen en la escuela y la ciudad, puede enviar el recibo pagado y fechado¹, únicamente).
- Recibos pagados y fechados, o copias de los resúmenes de cuentas bancarias o de tarjetas de crédito. Los recibos deben incluir el nombre del Miembro.
- Para el Programa Weight Watchers® tradicional, envíe una copia de su manual de membresía de Weight Watchers® sellado.
- Para Weight Watchers® Online, entregue una copia impresa del historial de facturación de su cuenta.

Certificación y autorización. (Este formulario debe estar firmado por cada Miembro cubierto de la familia que sea mayor de 18 años para quien se solicita el reembolso).

Autorizo la divulgación de información a BeHealthy Partnership sobre mi membresía del club de salud, inscripción en deportes que se practican en la escuela y la ciudad, clase de gimnasia aeróbica/bienestar, entrenamiento personal y, si corresponde, participación en el Programa Weight Watchers®. Certifico que la información que se proporciona para respaldar este envío está completa y es correcta.

Firma del Miembro/representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

Envíe por correo el formulario completo y la “Información necesaria para el reembolso” que se describe anteriormente a BeHealthy Partnership, Claims Department, One Monarch Place, Suite 1500, Springfield, MA 01144-1500.

Espere de 4 a 6 semanas para su procesamiento.

NOTA: BeHealthy Partnership debe recibir las solicitudes de reembolso del año anterior antes del 31 de marzo.

¹Un recibo pagado también puede ser un cheque cancelado o resúmenes de cuentas bancarias/de tarjetas de crédito.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Sus derechos como Miembro de BeHealthy Partnership

Como valioso Miembro de BeHealthy Partnership, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir documentos e información en otros formatos o en español, sin cargo. También hay disponibles servicios de intérprete sin cargo, para lo cual debe llamar a Servicios de Atención al Miembro de HNE.
- Recibir información sobre BeHealthy Partnership, nuestros servicios, nuestros Proveedores y profesionales, sus beneficios cubiertos y sus derechos y responsabilidades como Miembro de BeHealthy Partnership.
- Obtener respuestas a sus preguntas e inquietudes de manera completa y cordial.
- Ser tratado con respeto y consideración de su dignidad.
- Tener privacidad durante el tratamiento y esperar que sus registros y comunicaciones tengan carácter confidencial.
- Hablar sobre la información, y recibir información, relacionada con sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o cobertura de beneficio, con su Proveedor de manera comprensible para usted. Puede estar obligado a pagar los servicios no incluidos en la lista de Servicios cubiertos para su tipo de cobertura.
- Ser incluido en todas las decisiones sobre su atención de la salud, incluido el derecho a rechazar el tratamiento y a recibir una Segunda opinión sobre un procedimiento médico sin costo para usted.
- Elegir un Proveedor de atención primaria calificado y un hospital que acepte a Miembros de BeHealthy Partnership.
- Cambiar de Proveedor de atención primaria.
- Acceder a Atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Acceder a un proceso fácil para expresar sus inquietudes, y esperar un seguimiento por parte de BeHealthy Partnership.
- Presentar Quejas formales y Apelaciones sin discriminación sobre la Organización responsable por la atención de la salud (ACO) o la atención suministrada, y esperar que sus problemas se traten y analicen de manera correcta y justa.
- Realizar recomendaciones sobre derechos y responsabilidades del Miembro de BeHealthy Partnership.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizados como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Ejercer con libertad sus derechos sin afectar de manera negativa el trato que recibe de BeHealthy Partnership o de su Proveedor.
- Solicitar y recibir copia de su registro médico y solicitar un cambio o corrección en dicho registro, según lo explica el Aviso de prácticas de privacidad más adelante en esta sección del Manual del miembro.
- Recibir los Servicios cubiertos para los cuales es elegible, según lo descrito en la lista de Servicios cubiertos al final de este Manual del miembro.
- Recibir información sobre la forma en que HNE o los Proveedores que aceptan a miembros de HNE toman decisiones de tratamiento médico.
- Saber los nombres y las calificaciones de los médicos y profesionales de atención de la salud involucrados en su tratamiento médico.
- Recibir información sobre una enfermedad, el tratamiento y las expectativas de recuperación de manera comprensible para usted.

¡Un recibo pagado también puede ser un cheque cancelado o resúmenes de cuentas bancarias/de tarjetas de crédito.

- Recibir servicios de Emergencia si usted, como persona que no es profesional de la atención de la salud, considerara que existe una afección médica de Emergencia.
- Mantener su Información de salud personal privada según la protección de las leyes federales y estatales, incluida la información verbal, escrita y electrónica de todo HNE. No pueden ver o modificar sus registros las personas no autorizadas.
- Ejercer estos derechos, independientemente de su raza, capacidad física o mental, etnia, identidad de género, orientación sexual, credo, edad, religión, nacionalidad, antecedente cultural o educativo, estado de salud o situación económica, dominio del inglés, habilidades de lectura o fuente de pago de su atención. Esperar que HNE y los Proveedores que acepten a Miembros de BeHealthy Partnership defiendan estos derechos.

Sus responsabilidades como Miembro de BeHealthy Partnership

Como Miembro de BeHealthy Partnership, también tiene responsabilidades. Es su responsabilidad:

- Llamar al Proveedor de atención primaria si necesita atención de la salud, a menos que se trate de una Emergencia.
- Informarle a cualquier Proveedor de atención de la salud al que usted consulte que es Miembro de BeHealthy Partnership.
- Dar información de salud completa y precisa que BeHealthy Partnership o su Proveedor necesiten para poder brindar atención.
- Entender el rol de su Proveedor de atención primaria en el suministro de su atención y coordinación de otros servicios de atención de la salud que pueda necesitar.
- Dentro de lo posible, entender sus problemas de salud y participar en la toma de decisiones sobre su atención de la salud y en el desarrollo de metas de tratamiento con su Proveedor.
- Seguir los planes de atención y las instrucciones acordadas por usted y su Proveedor.
- Entender sus beneficios y saber lo que está cubierto y lo que no.
- Notificar a BeHealthy Partnership y MassHealth sobre cualquier cambio en la información personal, como dirección, teléfono, matrimonio, incorporaciones a la familia y elegibilidad de otra cobertura de seguro de salud, etc.

Su confidencialidad

BeHealthy Partnership se toma en serio nuestra obligación de proteger su información personal y de salud. Para ayudar a mantener su privacidad, hemos implementado las siguientes prácticas:

- Los empleados de BeHealthy Partnership no hablan de su información personal en áreas públicas, como la cafetería, los ascensores o fuera de la oficina.
- La información electrónica se mantiene protegida a través del uso de contraseñas, los protectores de pantalla automáticos y la limitación del acceso solo a empleados que “deban conocer la información”.
- La información escrita se mantiene protegida al almacenarla en archivadores cerrados con llave, al cumplir con políticas de “orden del escritorio” y mediante el uso de trituradoras protegidas para su destrucción.
- Todos los empleados, como parte de su orientación inicial, reciben capacitación sobre nuestras políticas de privacidad y confidencialidad.
- Todos los Proveedores y otras entidades con quienes debemos compartir información deben firmar acuerdos de confidencialidad.
- BeHealthy Partnership solo recopila información suya que necesitemos para brindarle los servicios que desea recibir de BeHealthy Partnership o según lo exija la ley de otro modo.

Según la ley estatal, BeHealthy Partnership toma precauciones especiales para proteger cualquier información sobre Salud del comportamiento, condición de VIH, enfermedades de transmisión sexual, embarazo o interrupción del embarazo.

·Un recibo pagado también puede ser un cheque cancelado o resúmenes de cuentas bancarias/de tarjetas de crédito.

¿Sabía usted?

Los miembros de BeHealthy PartnershipSM reciben beneficios adicionales gratuitos.

Pueden aplicarse determinadas restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios de Atención al Miembro de Health New England al (800) 786-9999, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

- Una asignación de reembolso de bienestar (\$50 por persona, \$200 para una familia de cuatro integrantes).
- Kit dental gratuito a pedido.
- Clases prenatales gratuitas por parte de los proveedores participantes.
- Butaca o asiento para niños para el automóvil gratuito.
- Casco para bicicleta gratuito.
- Programa de descuentos.

Otros recursos disponibles:

- Línea de información médica gratuita las 24 horas.
- Boletín informativo gratuito para miembros.

Para obtener más información, visite behealthypartnership.org/benefits o llame a Servicios de Atención al Miembro de Health New England.



Asegúrese de completar su formulario de Examen de Necesidades de Atención (Care Needs Screening, CNS) que se encuentra al final de este manual.

PROGRAMAS ESPECIALES

Coordinación de la atención:

BeHealthy Partnership brinda recursos para su proveedor de atención primaria y ofrece coordinación de la atención y programas especiales para ayudarlo a controlar la atención de determinadas necesidades complejas de atención de la salud.

Coordinación adicional de la atención:

Si reúne los requisitos, BeHealthy Partnership le brinda acceso a Salud Conductual (Behavioral Health, BH) y Servicios y Apoyos a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) a través del Programa de socios comunitarios.

Programas de apoyo comunitario:

Los proveedores de la comunidad ofrecen una amplia gama de servicios de apoyo para personas con problemas de salud del comportamiento que necesitan asistencia para mejorar o continuar su vida en la comunidad.

Programa de Transición de la Atención:

Para los miembros que reúnen los requisitos, el equipo de Transición de la Atención ayudará a facilitar su traslado del hospital a su hogar, para que pueda mantenerse seguro y saludable después de su hospitalización.

BeHealthy Partnership es un plan de sociedad colectiva responsable por el cuidado de la salud compuesto por Baystate Health Care Alliance y Health New England. Como parte de BeHealthy Partnership, los miembros reciben apoyo de un socio de atención de la salud en su comunidad. El objetivo de esta sociedad es enfocarse en el bienestar general del miembro y asegurarse de que reciba atención médica y de salud mental de alta calidad a través de su centro de salud local.

MDC3619_0119_rev_3_20

One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144-1500
(413) 788-0123 | (800) 786-9999

behealthypartnership.org