BeHealthy Partnership℠

MANUAL DEL MIEMBRO

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

BeHealthy Partnership℠

Baystate Health Care Alliance in Partnership with Health New England

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES PARA PEDIR AYUDA

Servicios para miembros de BeHealthy Partnership℠: (800) 786-9999 - TTY: 711
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
Llame:

- Si tiene preguntas sobre la inscripción en BeHealthy Partnership℠
- Si hay cambios en su dirección o número de teléfono, estado civil o tamaño familiar (inclusive el nacimiento de un bebé)
- Para información sobre el área de servicio o los proveedores de la red de BeHealthy Partnership
- Por preocupaciones por la tarjeta de identificación de miembro de BeHealthy Partnership, lo que incluye información errónea, pérdida o robo
- Para obtener ayuda para elegir un médico de cabecera (primary care provider, PCP) o para obtener una copia del directorio de proveedores de BeHealthy Partnership
- Para obtener ayuda para encontrar un médico
- Para obtener información sobre los servicios cubiertos, nuestro programa de farmacia y cómo se administra su atención
- Para presentar un reclamo o una apelación
- Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos administrados por los subcontratistas de Health New England para la BeHealthy Partnership, inclusive:
  - Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP) para salud conductual (servicios de salud mental o consumo de sustancias)
  - OptumRx para servicios de farmacia
  - Optum Health Care Solutions para servicios de quiropráctico cubiertos

Servicios para Miembros de Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP): (800) 495-0086, TTY: (877) 509-6981
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Llame:

- Si tiene preguntas sobre la cobertura de salud conductual (salud mental o consumo de sustancias)
- Información sobre los proveedores de salud conductual o para encontrar un proveedor de salud conductual
- Para obtener ayuda para presentar una apelación de salud conductual
- Para obtener información sobre la Iniciativa de Salud Conductual para Niños (*Children's Behavioral Health Initiative*, CBHI)

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

Departamento Clínico de MBPH: (800) 495-0086, TTY: (877) 509-6981
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Llame para:

- Que lo refieran a un proveedor
- Conocer sobre la administración de atención especializada u otros servicios de salud conductual y cómo obtenerlos

Centro de Servicio al Cliente de MassHealth: (800) 841-2900, TTY: 711
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 05:00 p. m.
Llame:

- Si tiene preguntas sobre la inscripción en MassHealth y para aprender sobre todas las opciones del plan de salud
- Para solicitar un formulario de renovación, si no recibe un formulario de verificación de revisión de elegibilidad
- 10 a 11 meses después de la fecha que solicitó MassHealth por última vez
- Si tiene preguntas sobre cómo completar el formulario de redeterminación de verificación de revisión de elegibilidad de MassHealth
- Si hay cambios en su dirección o número de teléfono, estado civil o tamaño familiar (inclusive el nacimiento de un bebé)
- Si tiene preocupaciones sobre la tarjeta de identificación de miembro de MassHealth, inclusive información errónea o robo
- Para solicitar que lo desafilien de BeHealthy Partnership
- Para presentar un reclamo sobre BeHealthy Partnership

Línea de información de salud de Health New England (línea de asesoría de enfermeros): (866) 389-7613
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Llame para hablar con un enfermero registrado sobre:

- Información médica general
- Tomar la mejor decisión para usted sobre el acceso a atención de emergencia o urgencia

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

Línea de ayuda sobre cumplimiento: (800) 453-3959
Llame para denunciar fraudes de miembros o de proveedores. No tiene que identificarse.

Banco de órganos de New England: (800) 446-6362, (800) 446-NEOB
Llame para obtener información sobre la donación de órganos/tejidos.

¿Sabía usted que...?

Los miembros de BeHealthy Partnership℠ obtienen beneficios extra gratis..

Pueden aplicar algunas restricciones. Llame a Servicios para Miembros de Health New England para obtener más información al (800) 786-9999, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6 p. m.

- **Asignación para el Reembolso para el Bienestar ($50 por persona, $200 por una familia de cuatro)**
- **Kit dental gratis a pedido**
- **Clases prenatales gratis para proveedores participantes**
- **Asiento para automóvil o asiento elevador gratis**
- **Casco de bicicleta gratis**
- **Programa de descuentos**

Otros recursos disponibles:

- **Línea de información de salud gratis las 24 horas (línea de asesoría de enfermeros):**
- **Boletín informativo para miembros gratis**

Para obtener más información, visite behealthypartnership.org/benefits o llame a Servicios para Miembros de Health New England.

Asegúrese de completar el formulario de evaluación de necesidades de cuidado (*Care Needs Screening*, CNS) ubicado en el reverso de este manual.

PROGRAMAS ESPECIALES

Coordinación de la atención: BeHealthy Partnership ofrece recursos a su médico de cabecera, coordinación de la atención y programas especiales para ayudarlo a manejar determinadas necesidades de atención médica complejas.

Coordinación de atención adicional: Si califica, BeHealthy Partnership le ofrece 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 en la comunidad: Los proveedores en la comunidad ofrecen una amplia variedad de servicios de apoyo para quienes tengan problemas de salud conductual y necesiten ayuda para mejorar o mantener su vida en la comunidad.

Programa de Transición de la Atención: Para miembros que califiquen, el equipo de Transición de la Atención lo ayudará a trasladarse del hospital a su hogar más fácilmente, para que pueda mantenerse protegido y saludable después de su estadía en el hospital.

Manual para Miembros

Fecha de entrada en vigencia 01/abr./2023

Health New England

Notificación para informar a las personas sobre la no discriminación y la accesibilidad

Health New England cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina sobre la base de la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el sexo. Health New England no excluye a las personas ni las trata diferente a causa de la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el sexo.

Health New England proporciona ayudas y servicios lingüísticos a personas con discapacidades y cuyo idioma principal no es el inglés para comunicarse eficazmente con nosotros. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al (800) 310-2835 (TTY: 711). Alguien que hable su idioma preferido puede ayudarte.

Este es un servicio gratuito, que incluye:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con **Susan O'Connor, Vicepresidenta y asesora general**, en One Monarch Place, Suite 1500, Springfield, MA 01104-1500, Teléfono: (888) 270-0189, TTY: 711, Fax: (413) 233-2685.

Si cree que Health New England no ha cumplido en la prestación de estos servicios o lo ha discriminado de otra forma debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante Susan O'Connor en la dirección mencionada anteriormente, por teléfono o fax o por correo electrónico a ComplaintsAppeals@hne.com. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Susan O'Connor, Vicepresidenta y asesora general, está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU. (*U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) en forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** o por correo o teléfono al: 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 queja están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Revisión: 13/dic./2022

Health New England

Servicios multilingües

Estamos aquí para ayudarlo. Le podemos dar información en otros formatos y diferentes idiomas. Todos los servicios de traducción no tienen costo para los miembros. Si tiene preguntas respecto a este documento, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se indica en la tarjeta de identificación de su 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 se trata sobre sus beneficios de BeHealthy Partnership. Si tiene preguntas, necesita este documento traducido, necesita que alguien le lea esto u otra información impresa, o si desea obtener más información acerca de cualquiera de nuestros beneficios o servicios, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se indica en la tarjeta de identificación de su plan de salud, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Por preguntas sobre su salud conductual, llame a MBHP al: (800) 495-0086 (TTY: (617) 790-4130) 24 horas al día, los 7 días de la semana o visite www.masspartnership.com.

Miembros de Medicare Advantage: Health New England Medicare Advantage es un plan de HMO, HMO-POS y PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en Health New England Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. Si tiene alguna pregunta respecto a este documento, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se indica en la tarjeta de identificación de su plan de salud, (TTY: 711).

English	You have the right to get help and information in your language at no cost. To request an interpreter, call the toll-free member phone number listed on your health plan ID card, press 0. (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)
German	Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um einen Dolmetscher anzufordern, rufen Sie die gebührenfreie Mitgliedsnummer an, die auf Ihrem Krankenversicherungsausweis aufgeführt ist, und drücken Sie die 0. (TTY: 711)
Japanese	あなたには、無料であなたの言語でヘルプと情報を得る権利があります。通訳を依頼するには、健康保険証に記載されているフリーダイヤルの会員番号に電話し、0 を押してください。(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 (телетайп: 711)
Arabic	يحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك مجانًا. لطلب مترجم، اتصل برقم هاتف العضو المجاني على بطاقة تعريف خطتك الصحية، ثم اضغط على 0. (TTY:711)
Mon-Khmer, Cambodian	អ្នកមានសិទ្ធិទ្ទួលជំនួយ និងព័ត៌មាន ជាភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអ្ស់ថ្លៃ។ ដើមបីដសនើស ំអ្នកបកប្រប សូមទ្ូរស័ពទដៅដលខតតដេញ្ជ្ជៃសំរាប់សមាជិក ឬ លមានកត់ដៅកនុងប័ណ្ណ ID គំដរាងស ខភាពរបស់អ្នក រួេដ ើយ េ 0។ (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 ID 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 전화하여 0 번을 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 wciśnij 0. (TTY: 711).
Hindi	आप के पास अपनी भाषा में सहायता एवं जानकारी नि:शुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिए के लिए अनुरोध करने के लिए, अपने हैल्थ प्लान ID कार्ड पर सूचीबद्ध टोल-फ्री नंबर पर फ़ोन 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 કૉલ કરો અને 0 દબાવો. (TTY: 711).
Lao	ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫ ຼືອແລະ ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານບ ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຂ ຮ້ອງນາຍພາສາ,ໂທຫເຖ້ານາຍເລກໂທລະສັບສ າລັບສະມາຊິກທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ,ກົດເລກ 0. (TTY: 711).
Albanian	Ju keni 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 del plan de asociación de atención responsable de MassHealth. BeHealthy Partnership está compuesto por Baystate Health Care Alliance, que es una organización de atención responsable (*accountable care organization*, ACO), y Health New England (HNE), que es la entidad de atención administrada (*managed care entity*, MCO) para el plan. Una ACO es un grupo de Médicos de Cabecera y otros profesionales, quienes están a cargo de brindar atención de calidad y de ayudarlo a satisfacer sus necesidades de atención médica. Su Médico de Cabecera y su equipo de atención trabajan con usted y con la red de profesionales de la ACO para conectarlo con los servicios y el apoyo en el momento y lugar adecuados.

BeHealthy Partnership está compuesto por los siguientes centros de salud participantes ubicados en Springfield, Massachusetts o en sus alrededores:

- Centro de Salud Baystate Brightwood (*Baystate Brightwood Health Center*)
- Medicina Familiar de Baystate en Northampton (*Baystate Family Medicine Northampton*)
- Pediatría General de Baystate (*Baystate General Pediatrics*)
- Centro de Medicina para Adultos de Baystate High Street (*Baystate High Street Health Center Adult*)
- Centro de Salud de Baystate en Mason Square Neighborhood (*Baystate Mason Square Neighborhood Health*)
- Atención Primaria de Baystate en Palmer (*Baystate Palmer Primary Care*)
- Atención Primaria de Baystate en Longmeadow (*Baystate Primary Care Longmeadow*)
- Medicina Familiar de BMP en Greenfield (*BMP Greenfield Family Medicine*)
- Medicina Pediátrica y de Adultos de BMP en Northern Edge (*BMP Northern Edge Adult and Pediatric Medicine*)
- Medicina de Adultos de BMP Quabbin en Belchertown (*BMP Quabbin Adult Medicine Belchertown*)
- Pediatría de BMP Quabbin
- Medicina de Adultos de BMP en South Hadley (*BMP South Hadley Adult Medicine*)
- Medicina de Adultos de BMP en Westside (*BMP Westside Adult Medicine*)
- Medicina de Adultos de BMP en Wilbraham (*BMP Wilbraham Adult Medicine*)
- Atención Primaria de Noble en Feeding Hills (*Noble Primary Care Feeding Hills*)
- Atención Primaria de Noble en Union Street Westfield (*Noble Primary Care Union Street Westfield*)

Como miembro, usted seguirá viendo a su Médico de Cabecera en uno de estos centros de salud. Su Médico de Cabecera y el equipo de atención de su centro de salud coordinarán su atención en el momento y el lugar en que usted la necesite. Ellos lo ayudarán a dirigir su atención para que:

- Pueda mantenerse sano y fuera del hospital
- Evite visitas a la sala de emergencias, cuando no sea necesario
- Maneje mejor las enfermedades crónicas
- Acceda con facilidad a los servicios sociales y de salud mental

Usted podrá usar los servicios locales de calidad que ofrece Baystate Health y tener acceso a administradores de atención de enfermería, coordinadores de atención y trabajadores de salud comunitaria y otros recursos. A través del plan BeHealthy Partnership recibirá el apoyo de profesionales de atención médica que se preocupan por usted y que viven y trabajan dentro de su comunidad.

Este Manual para Miembros contiene información importante acerca de sus Servicios Cubiertos y sus beneficios, así como lo que haremos por usted y lo que necesitamos que usted haga como Miembro de BeHealthy Partnership.

A los efectos de este Manual para Miembros, la palabra “usted” o “su” se refiere a los “Miembros de BeHealthy Partnership, Baystate Health Care Alliance en asociación con HNE” y BeHealthy Partnership se autodenomina con frecuencia “nosotros” o “nos”.

Palabras con significados especiales

Algunas palabras que se encuentran en el Manual para Miembros tienen un significado especial. Estas palabras estarán en mayúsculas en todo el Manual para Miembros y están definidas en el glosario al final de este.

Sus Servicios Cubiertos y sus beneficios de BeHealthy Partnership

Al final de este documento hay una lista completa de los Servicios Cubiertos que lo ayudarán a conocer los beneficios y servicios que BeHealthy Partnership tiene para usted. Entre ellos, servicios médicos, sociales y de Salud Conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias).

Como miembro, usted tiene acceso a la alianza Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP). Esto le brinda todos los servicios de Salud Conductual para usted y los miembros de su familia. La página 15 de este Manual para Miembros le informa acerca de los servicios de MBHP para usted.

Si necesita ayuda para comprender el Manual para Miembros, comuníquese con los Servicios para Miembros. Encontrará el número de teléfono en la página 5.

Traducción y otros formatos

Este Manual para Miembros y el Directorio de Proveedores se ofrecen tanto en inglés como en español. Llame a los Servicios para Miembros de HNE para solicitar, sin cargo, el Manual para Miembros de BeHealthy Partnership en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande y videos de lengua de señas americana. Además, un representante de los Servicios para Miembros de HNE puede explicarle los materiales escritos en otros idiomas, por teléfono y sin cargo.

Si no tenemos un representante de los Servicios para Miembros que hable su idioma, le brindaremos servicios de traducción e interpretación.

Tenga en cuenta que puede conocer todas las opciones de planes de salud de MassHealth, incluso de BeHealthy Partnership, llamando al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth. Puede encontrar la información de contacto en la página 5 de este manual para Miembros.

NÚMEROS TELEFÓNICOS Y RECURSOS IMPORTANTES

Nuestros representantes del Servicio para Miembros quieren que aproveche al máximo los beneficios de su membresía de BeHealthy Partnership. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de HNE si:

- Tiene dudas acerca de sus Servicios Cubiertos y los beneficios de BeHealthy Partnership para usted
- Necesita ayuda para elegir un nuevo Médico de Cabecera
- Recibe una factura por Servicios Cubiertos
- Pierde su Tarjeta de Identificación de Miembro de BeHealthy Partnership
- Quiere presentar un Reclamo o una Apelación
- Se muda u obtiene un nuevo número de teléfono

Además, asegúrese de informar a MassHealth si:

- Se muda u obtiene un nuevo número de teléfono
- Cambia su estado civil
- Tiene un nuevo miembro en su familia

Información de contacto	
Servicios para Miembros de BeHealthy Partnership	**Teléfono:** (413) 788-0123 (800) 786-9999 – Llamada sin costo Las llamadas a este número son sin costo. **Horario:** De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Los Servicios para Miembros también tienen servicios de interpretación de idiomas sin cargo disponibles para personas que no hablan inglés. **TTY/TDD:** 711 Este número requiere equipo telefónico especial. Es únicamente para personas con problemas de audición o del habla. **Sitio web:** behealthypartnership.org/
Centro de Servicio al Cliente de MassHealth	**Teléfono:** (800) 841-2900 Las llamadas a este número son sin costo. Servicio de interpretación disponible. **Horario:** De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Autoservicio disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, en inglés y español. **TTY/TDD:** (800) 497-4648 Este número requiere equipo telefónico especial. Es únicamente para personas con problemas de audición o del habla. **Sitio web:** mass.gov
Centro de Participación para Miembros de Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP)	**Teléfono:** (800) 495-0086 Las llamadas a este número son sin costo. **Horario:** 24 horas al día, 7 días a la semana **TTY/TDD:** (877) 509-6981 Este número requiere equipo telefónico especial. Es únicamente para personas con problemas de audición o del habla. **Sitio web:** masspartnership.com
Ombudsman	Un *ombudsman* es un defensor. El servicio de *ombudsman* ofrece una forma para que los consumidores expresen sus reclamos y que se atiendan sus preocupaciones para que puedan vivir con dignidad y respeto. **Teléfono:** (855) 781-9898 Las llamadas a este número son sin costo. Servicio de interpretación disponible. **Horario:** De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Autoservicio disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, en inglés y español. **TTY/TDD:** 711 Este número requiere equipo telefónico especial. Es únicamente para personas con problemas de audición o del habla. **Sitio web:** www.myombudsman.org/

Índice

Bienvenido a BeHealthy Partnership ... 3
Palabras con significados especiales ... 3
Sus Servicios Cubiertos y sus beneficios de BeHealthy Partnership ... 3
Comuníquese con nosotros ... 4
Traducción y otros formatos ... 4
Números telefónicos y recursos importantes ... 5

DÓNDE OBTENER LOS SERVICIOS ... 9
El Área de Servicios de BeHealthy Partnership ... 9
Los Centros de Salud de BeHealthy Partnership ... 9
Atención de Emergencias y de Urgencia ... 9
¿Cómo obtengo atención cuando viajo fuera del Área de Servicios de BeHealthy Partnership? ... 10
Teladoc® ... 11

SUS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA ... 12
El *Directorio de Profesionales* ... 12
Los Médicos de Cabecera y por qué son importantes ... 12
Atención de Salud Conductual para Miembros de BeHealthy Partnership ... 14
Segunda Opinión ... 16
Atención hospitalaria no urgente ... 16
Servicios de Planificación Familiar ... 16
Estándares de atención ... 17

INSCRIPCIÓN, DESAFILIACIÓN Y TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS ... 18
Portal para Miembros en línea ... 18
Desafiliación ... 18
Desafiliación voluntaria ... 18
Desafiliación de Miembros debido a la pérdida de Elegibilidad ... 19
Desafiliación de Miembros con justa causa ... 19
Cómo mantener su cobertura de MassHealth ... 19
Tarjetas de identificación de los Miembros ... 19
Su tarjeta de identificación de MassHealth ... 20

LOS BENEFICIOS DE BEHEALTHY PARTNERSHIP ... 21
Requisitos generales de cobertura ... 21
Cómo acceder a los beneficios que no están cubiertos por BeHealthy Partnership que están disponibles directamente por medio de MassHealth ... 23
Servicios excluidos ... 23
Atención médica de prevención para niños ... 23
Iniciativa de Salud Conductual para Niños (CBHI) ... 25
Atención odontológica para niños ... 25
Servicios de intervención temprana para niños con problemas de crecimiento o de desarrollo ... 26
Atención preventiva para adultos ... 26
Atención de maternidad ... 27

SU BENEFICIO DE FARMACIA ... 28
Surtido de recetas ... 28
Medicamentos de venta libre ... 28

Uso adecuado y seguro de medicamentos recetados 28
Límite de cantidad 28
Política de genérico obligatorio 28
Terapia escalonada 29
Programa de farmacia especializada 29
Programa de medicamentos nuevos en el mercado 29
Servicios excluidos 29

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN 31
Programa de Bienestar 31
Manejo Clínico Intensivo (ICM) 32
Servicios especializados de Administración de la Atención de Salud Conductual para Miembros 32

AUTORIZACIONES PREVIAS 33

PROGRAMAS PARA MANTENER LA CALIDAD Y LOS SERVICIOS ADECUADOS 35
Gestión del Uso 35
Programa de Aseguramiento de la Calidad 35

PREOCUPACIONES, CONSULTAS, RECLAMOS Y APELACIONES 36
Preocupaciones 36
Consultas 36
Reclamos 36
Apelaciones 37

Cuando usted tiene otra cobertura 44
Coordinación de Beneficios 44
Subrogación 45
Accidentes de automóvil o lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo 46
Glosario 47

SERVICIOS CUBIERTOS POR ACO 54

AVISOS LEGALES Y FORMULARIOS 55
Directivas Anticipadas: Planificación de la atención médica futura 56
Aviso sobre prácticas de privacidad 57

***¿De qué manera HNE usa o comparte su información de salud?* 57**

¿De qué manera HNE usa y divulga mi Información de Salud Protegida? 58

¿HNE le dará mi Información de Salud Protegida a mi familia o amigos? 60

¿HNE divulgará mi información de salud personal a alguien que no pertenezca a HNE? 60

¿HNE divulgará mi información de salud personal a mi empleador? 61

¿En qué casos HNE necesita mi autorización por escrito para usar o divulgar mi información de salud personal? 61

¿Con quién me tengo que comunicar si tengo alguna pregunta sobre este aviso o una queja sobre la manera en que HNE usa mi información de salud personal? 62
Instrucciones para el formulario de autorización de representante personal 63
Formulario de Evaluación de Necesidades de Cuidado 67
Evaluación de las Necesidades de Cuidado de los Niños (Adulto) 8
Evaluación de las Necesidades de Cuidado de los Niños 10

Derechos y responsabilidades de los Miembros 12
Sus derechos como Miembro de BeHealthy Partnership 12
Sus responsabilidades como Miembro de BeHealthy Partnership 13
Su confidencialidad 13

DÓNDE OBTENER LOS SERVICIOS

El Área de Servicios de BeHealthy Partnership

Nuestra Área de Servicios incluye Northampton, Greenfield, Holyoke, Springfield y Westfield. Trabajamos con médicos, hospitales y otros Profesionales dentro de esta Área de Servicios para ofrecer servicios de atención médica. Para obtener más información, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número publicado en la página 5.
Usted podrá recibir algunos servicios fuera del Área de Servicios sin Autorización Previa. Por ejemplo: Atención de Emergencias, Planificación Familiar o un servicio que no esté disponible por parte de su Profesional. Usted se puede comunicar con los Servicios para Miembros de HNE al número de teléfono publicado en la página 5 para obtener más información.

Los centros de salud de BeHealthy Partnership

BeHealthy Partnership es una opción del plan de la organización de atención responsable (ACO, por sus siglas en inglés) de MassHealth. La asociación entre Baystate Health Care Alliance y HNE. BeHealthy Partnership está compuesto por los siguientes centros de salud participantes ubicados en Springfield, Massachusetts o en sus alrededores:

- Centro de Salud Baystate Brightwood (Baystate Brightwood Health Center)
- Medicina Familiar de Baystate en Northampton (Baystate Family Medicine Northampton)
- Pediatría General de Baystate (Baystate General Pediatrics)
- Centro de Medicina para Adultos de Baystate High Street (Baystate High Street Health Center Adult)
- Centro de Salud de Baystate en Mason Square Neighborhood (Baystate Mason Square Neighborhood Health)
- Atención Primaria de Baystate en Palmer (Baystate Palmer Primary Care)
- Atención Primaria de Baystate en Longmeadow (Baystate Primary Care Longmeadow)
- Medicina Familiar de BMP en Greenfield (BMP Greenfield Family Medicine)
- Medicina Pediátrica y de Adultos de BMP en Northern Edge (BMP Northern Edge Adult and Pediatric Medicine)
- Medicina de Adultos de BMP Quabbin en Belchertown (BMP Quabbin Adult Medicine Belchertown)
- Pediatría de BMP Quabbin
- Medicina de Adultos de BMP en South Hadley (BMP South Hadley Adult Medicine)
- Medicina de Adultos de BMP en Westside (BMP Westside Adult Medicine)
- Medicina de Adultos de BMP en Wilbraham (BMP Wilbraham Adult Medicine)
- Atención Primaria de Noble en Feeding Hills (Noble Primary Care Feeding Hills)
- Atención Primaria de Noble en Union Street Westfield (Noble Primary Care Union Street Westfield)

Atención de Emergencias y de Urgencia

Emergencia médica

Una emergencia médica es un cuadro clínico que puede poner su salud en grave peligro si no recibe atención médica inmediata. Algunos ejemplos de estos tipos de emergencias médicas son:

- Fracturas de huesos
- Dolor de pecho
- Convulsiones
- Heridas profundas
- Pérdida de conocimiento
- Envenenamiento
- Dificultad para respirar
- Sangrado intenso

Emergencia de Salud Conductual

Una Emergencia de Salud Conductual es aquella que usted cree que lo pondrá en grave peligro si no recibe atención médica inmediata. Algunos ejemplos de Emergencias de Salud Conductual son:

- Pensamientos de hacerse daño a usted mismo
- Pensamientos de hacerle daño a otros
- Escuchar voces

Usted tiene cobertura de Emergencias Médicas y de Salud Conductual

La Atención de Emergencias es un Servicio Cubierto por BeHealthy Partnership y no es necesario que se encuentre en el área de servicios de BeHealthy Partnership o en la *red de profesionales*. Incluye traslado en ambulancia y servicios de Atención Posterior a la Estabilización que estén relacionados con la Emergencia. Llame al 911 o al número de Emergencias local siempre que tenga un cuadro de salud de Emergencias que crea que puede poner a su salud en grave peligro de no recibir atención inmediata. Por Emergencias de Salud Conductual, también puede llamar a su Profesional ESP de Salud Conductual local.

Para una lista de las salas de Emergencias en hospitales y Profesionales ESP de Salud Conductual en todas las áreas del estado, diríjase a su Directorio de Profesionales o visite www.behealthypartnership.org y haga clic en "Find a Provider" (Encontrar un profesional) en la esquina superior derecha.

En la sala de Emergencias, se lo examinará y estabilizará antes de que le den el alta o que lo transfieran a otro hospital. Puede ir a cualquier sala de Emergencias. No es necesario que el hospital se encuentre en el Área de Servicios de BeHealthy Partnership ni que pertenezca a la red de profesionales. Usted tiene cobertura de atención de Emergencias 24 horas al día, 7 días a la semana. Lo que todas las Emergencias tienen en común es que son una amenaza grave para la salud y que se tienen que tomar medidas rápidas. La Atención de Rutina es la atención que no se necesita de inmediato, o la atención de enfermedades o lesiones menores que no sean Emergencias. Algunos ejemplos de Atención de Rutina son el tratamiento de resfríos, dolores de garganta leves, síntomas gripales, lesiones de más de 24 horas de duración o una enfermedad en curso que puede tratar su Médico de Cabecera.

Usted debe llamar a su Médico de Cabecera en un plazo de 48 horas después de haber recibido Servicios de Emergencias.

En caso de emergencias de Salud Conductual, llame a su Profesional de Salud Conductual en un plazo de 48 horas después de haber recibido Servicios de Emergencias. A menos que sea una Emergencia, siempre que necesite atención médica, llame primero a su Médico de Cabecera. En el caso de Salud Conductual, también puede llamar a su Profesional de Salud Conductual. No vaya a la sala de Emergencias a menos que realmente sea una Emergencia. Su Médico de Cabecera trabajará con usted para satisfacer sus necesidades de atención médica cuando esté sano y cuando esté enfermo. Si necesita atención de cualquier otro Profesional, hospital o clínica, su Médico de Cabecera coordinará los servicios adecuados para usted. Recuerde, usted puede llamar al consultorio de su Médico de Cabecera 24 horas al día, 7 días a la semana. Si su Médico de Cabecera no está disponible, alguien más lo podrá ayudar.

BeHealthy Partnership también ofrece el servicio de Línea de Información de Salud que está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana. Los enfermeros titulados responderán a sus preguntas y lo ayudarán a tomar la mejor decisión para usted sobre el acceso a la Atención de Emergencias o de Urgencias. La Línea de Información de Salud también puede brindarle información de salud sobre varios temas. La Línea de Información de Salud es un beneficio cubierto que no pretende reemplazar a su Médico de Cabecera ni a su Profesional de atención médica.

Atención de Urgencia

Una situación de Atención de Urgencia es cuando usted presenta un problema de salud que necesita atención ahora mismo, pero no cree que sea una Emergencia. Puede que presente un problema de salud que sea grave pero que no ponga en riesgo su vida ni que dañe su salud de forma permanente. Para una consulta de Atención de Urgencia, llame a su Médico de Cabecera o a su Profesional de Salud Conductual. Usted puede

comunicarse con su Médico de Cabecera o Profesional de Salud Conductual 24 horas al día, 7 días a la semana. Por problemas de Salud Conductual, puede llamar al departamento clínico de MBHP 24 horas al día, 7 días a la semana. Si su cuadro clínico empeora antes de que lo vea su Médico de Cabecera o Profesional de Salud Conductual, puede dirigirse a la sala de Emergencias del hospital más cercano. Por Emergencias de Salud Conductual, también puede llamar a su Profesional ESP local.

Para una lista de las salas de Emergencias en hospitales y Profesionales ESP de Salud Conductual en todas las áreas del estado, diríjase a su Directorio de Profesionales o visite www.behealthypartnership.org y haga clic en "Find a Provider" (Encontrar un profesional) en la esquina superior derecha.

¿Cómo obtengo atención cuando viajo fuera del Área de Servicios de BeHealthy Partnership?

Cuando usted u otro Miembro de su familia estén lejos del hogar, BeHealthy Partnership cubrirá los servicios de Emergencias, Atención Posterior a la Estabilización y Atención de Urgencia. Asegúrese de ocuparse de sus necesidades de atención médica de rutina antes de viajar fuera del Área de Servicios.

Si necesita Atención de Emergencias o Atención de Urgencia mientras está fuera del Área de Servicios, vaya al médico más cercano o a la sala de Emergencias más cercana. No es necesario que llame a su Médico de Cabecera o Profesional de Salud Conductual antes de buscar Atención de Emergencias o Atención de Urgencia mientras está fuera del Área de Servicios. Usted o un familiar debe llamar a su Médico de Cabecera o a su Profesional de Salud Conductual en un plazo de 48 horas de haber recibido atención fuera del Área de Servicios.

Cuando viaje fuera del Área de Servicios, no tendrá cobertura para:

- Análisis o tratamiento requerido por su Profesional antes de que abandonara el Área de Servicios.
- Atención de Rutina o chequeo de seguimiento que pueda esperar hasta su regreso al Área de Servicios, como exámenes físicos, vacunas antigripales o retiro de suturas.
- Atención que usted sabía que necesitaba antes de abandonar el Área de Servicios, como cirugías electivas.

El Profesional podrá pedirle que pague por la atención que recibe cuando está fuera del Área de Servicios. Si paga por Atención de Emergencias, Atención Posterior a la Estabilización o Atención de Urgencia que recibió mientras estaba fuera del Área de Servicios, usted podrá presentar una factura o hacer una Reclamación a BeHealthy Partnership.

Asegúrese de incluir la siguiente información:

- Nombre completo del Miembro
- Fecha de nacimiento del Miembro
- Número de tarjeta de identificación de Miembro de BeHealthy Partnership
- Fecha en la que se proporcionó el servicio de atención médica
- Una breve descripción de la enfermedad o lesión
- Una copia de la factura del Profesional
- Comprobante de pago (como por ejemplo un recibo)

Para los artículos de farmacia, debe incluir un recibo de la farmacia con fecha donde se indique el nombre del medicamento o suministro médico, el número de la receta y el importe que se pagó por el artículo. Usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de HNE para recibir ayuda con respecto a cualquier factura que reciba de un Profesional de atención médica.

Teladoc®

Este beneficio le permite hablar por teléfono o por videoconferencia con médicos de EE. UU. certificados por la Junta, 24 horas al día, 7 días a la semana. Esto no reemplaza a su médico principal. Es una opción fácil y gratuita para ayudarlo a tratar problemas de salud que no sean Emergencias, como gripes, alergias, infecciones de oído y más. Para hablar con un médico, llame al (800) 835-2362 o visite Teladoc.com.

SUS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA

El *Directorio de Profesionales*

El *Directorio de Profesionales* incluye un listado de Médicos de Cabecera e información importante sobre estos, como por ejemplo:

- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Horario de atención
- Servicios especializados
- Idioma que habla
- Accesibilidad para discapacitados

Los Miembros también pueden encontrar recursos adicionales buscando lo siguiente:

- Salas de Emergencias
- Profesionales del Programa de Servicios de Emergencias (*Emergency Services Program*, ESP) de Salud Conductual
- Hospitales
- Médicos de Cabecera
- Profesionales Especialistas
- Profesionales de Salud Conductual
- Farmacias
- Profesionales complementarios
- Proveedores de equipo médico duradero

Si quiere obtener más información sobre los médicos habilitados en Massachusetts, llame a Perfiles de los Médicos (*Physicians Profiles*) al (781) 876-8230. Teléfono gratuito en Massachusetts únicamente (800) 377-0550. También puede visitar massmedboard.org. Perfiles de los Médicos es un servicio de la Junta de Registro en Medicina (*Board of Registration in Medicine*). Proporciona información sobre residencia, formación e idiomas hablados, entre otros.

Para encontrar un listado más actualizado de Profesionales de BeHealthy Partnership, diríjase a www.behealthypartnership.org y haga clic en “Find a Provider” en la esquina superior derecha. Para solicitar una copia del Directorio de Profesionales, llame al Departamento de Servicios para Miembros de HNE.

Los Médicos de Cabecera y por qué son importantes

Todos los Miembros de BeHealthy Partnership tienen un Médico de Cabecera que está en la red de profesionales de la salud. Un Médico de Cabecera puede ser un médico de medicina interna, medicina familiar, medicina general, pediatría, ginecología y obstetricia. Su Médico de Cabecera brinda y coordina la mayor parte de su atención médica como la atención permanente, la orientación para prevenir enfermedades, la ayuda en el diagnóstico de enfermedades y la guía para que pueda acudir al especialista adecuado en caso de ser necesario. Su Médico de Cabecera es la persona que debe contactar en primer lugar cuando necesite atención médica, excepto en casos de Emergencias.

Cada miembro de la familia con cobertura de BeHealthy Partnership podrá tener un Médico de Cabecera diferente.

Para encontrar un profesional, visite nuestro Directorio de Profesionales en línea en www.behealthypartnership.org/find-a-provider y haga clic en “Find a Provider” en la esquina superior derecha. Si desea una copia impresa del Directorio de Profesionales, llame al Departamento de Servicios para Miembros de HNE. Refiérase al directorio de profesionales para elegir un Médico de Cabecera en su idioma de preferencia. Hay varias opciones de Médicos de Cabecera que hablan su idioma de preferencia.

¿Qué puedo hacer si no estoy conforme con mi Médico de Cabecera?

Si decide cambiar su Médico de Cabecera, puede hacerlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Solo llame al Departamento de Servicios para Miembros de HNE para que lo ayuden a elegir un nuevo Médico de Cabecera.

Los cambios de Médicos de Cabecera entran en vigencia de inmediato. Usted puede cambiarse a cualquier Médico de Cabecera que participe en BeHealthy Partnership que esté aceptando pacientes nuevos. El Directorio de Profesionales muestra qué Médicos de Cabecera no están tomando pacientes nuevos. También puede encontrar esta información en línea en www.behealthypartnership.org. Una vez que esté en el sitio, haga clic en "Find a Provider" en la esquina superior derecha. También puede llamar a los Servicios para Miembros de HNE de la página 5.

Una vez que elija un nuevo Médico de Cabecera, llame a su consultorio y programe una consulta. Esto permite que el Médico de Cabecera comience a ocuparse de sus necesidades de atención médica antes de que se enferme. Puede visitar nuestro Directorio de Profesionales en línea en www.behealthypartnership.org haciendo clic en "Find a Provider" en la esquina superior derecha.

Antes de su primera consulta, solicite a sus médicos anteriores que envíen su historia clínica a su nuevo Médico de Cabecera. Esto lo ayudará a conocer sus antecedentes médicos. Cuando vaya a la consulta, muestre sus tarjetas de identificación de Miembro de BeHealthy Partnership y MassHealth. Después de su primera consulta, llame al consultorio de su Médico de Cabecera cuando necesite atención médica. El consultorio de su Médico de Cabecera está a su disposición 24 horas al día, 7 días a la semana. Alguien podrá ayudarlo. Su Médico de Cabecera también lo puede ayudar a conseguir atención de Especialistas u otros médicos.

¿Qué sucede si mi Médico de Cabecera ya no está disponible?

Si su Médico de Cabecera decide dejar la Red de Profesionales de BeHealthy Partnership, se lo notificaremos por escrito. Trataremos de cambiar su Médico de Cabecera en el mismo sitio. Si desea un Médico de Cabecera distinto del que se eligió para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros de HNE.

Si su Médico de Cabecera se desafilia de BeHealthy Partnership, haremos todos los esfuerzos para notificarlo al menos 30 días antes de la Desafiliación. Conforme a los términos de este Manual para Miembros, usted tendrá cobertura para los servicios de salud durante al menos 30 días después de la fecha en que el profesional se desafilie (a menos que la Desafiliación se deba a motivos relacionados con la calidad o el Fraude).

Cuándo llamar a su Médico de Cabecera

Queremos asegurarnos de que obtenga los servicios adecuados en el momento oportuno. Asegúrese de contarle a su Médico de Cabecera acerca de:

- Toda la atención médica que esté recibiendo, incluso atención de Salud Conductual
- Los medicamentos que esté tomando
- Todos los problemas de salud que tenga

¿Y si no estoy seguro si llamar a mi Médico de Cabecera o acudir a la Sala de Emergencias?

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

- Llame al 911
- Llame al número de teléfono de Emergencias local
- Vaya a la Sala de Emergencias del hospital más cercano

Por Emergencias de Salud Conductual, también puede llamar a su Profesional del Programa de Servicios de Emergencias (ESP) de Salud Conductual local. Una descripción más detallada de la atención de Emergencias y qué hacer en estos casos está disponible más adelante en esta sección.

Si no está seguro de tener una Emergencia, llame a su Médico de Cabecera; puede ahorrarse un viaje innecesario a la sala de Emergencias. Al hablar primero con su Médico de Cabecera, puede obtener consejos rápidos de alguien que lo conoce y conoce sus necesidades. Su Médico de Cabecera puede decirle cómo tratar su problema en casa. Su Médico de Cabecera también puede pedirle que lo vaya a ver pronto. Si su Médico de Cabecera piensa que usted necesita ir a la sala de Emergencias, se lo dirá.

¿Y si necesito atención fuera del horario de atención?

Los problemas de salud pueden aparecer en cualquier momento; en BeHealthy Partnership exigimos que nuestros Médicos de Cabecera estén disponibles para los Miembros por teléfono 24 horas al día, 7 días a la semana. Si tiene un problema de Atención de Urgencia, llame al consultorio de su Médico de Cabecera. Si lo atiende un servicio de contestador, hágales saber:

- Que usted es Miembro de BeHealthy Partnership.
- Indique su nombre y número de teléfono.
- Describa sus síntomas.
- Solicite que el médico o enfermero lo llame para hablar sobre su problema y para que lo ayude a decidir qué hacer después.

Para atención de Salud Conductual fuera del horario de atención, llame primero a su Profesional de Salud Conductual. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de MBHP, 24 horas al día, 7 días a la semana al número publicado en la página 5.

¿Y si no puedo asistir a una consulta programada?

Su relación con su Médico de Cabecera es importante para su salud. Cuando falta a una consulta, se pierde la oportunidad de trabajar con su Médico de Cabecera y su equipo de atención médica para administrar su atención. Trate de acudir a todas sus citas.

Si tiene que faltar a una cita, llame y cancele. Cuando falta a una cita y no llama, puede demorar el servicio en el consultorio de su profesional de atención médica, afectar la programación y retrasar el progreso de su atención. Es posible que el consultorio de su Médico de Cabecera también tenga reglas sobre las citas perdidas. Los pacientes que faltan a más de una cita sin llamar podrán ser dados de bajo después de tantas citas perdidas. Verifique con el consultorio de su Médico de Cabecera para conocer más. A veces sucede que no puede asistir a la consulta. Es comprensible. Solo asegúrese de llamar al consultorio de su Médico de Cabecera para que lo ayuden a reprogramar. ¡Su atención médica es importante!

Línea de Información de Salud de Health New England

HNE brinda una Línea de Información de Salud sin cargo para responder preguntas acerca de su afección o sobre otras preocupaciones de atención médica. Brindamos acceso a un enfermero con licencia o profesional médico las 24 horas por teléfono o correo electrónico.

Llame a la línea de enfermería

La línea de enfermería está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana en el (866-389-7613). También están disponibles los servicios de interpretación para su llamada.

Atención de Salud Conductual para Miembros de BeHealthy Partnership

Paridad de la Salud Mental:

Las leyes federales y estatales exigen que todas las Organizaciones de Atención Responsable (*Accountable Care Organizations*, ACO), incluso BeHealthy Partnership, brinden servicios de Salud Conductual a los Miembros de MassHealth de la misma forma que brindan servicios de salud física. Esto se denomina “paridad”. En general, significa que:

1. BeHealthy Partnership debe brindar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental o trastorno por consumo de sustancias que para otros problemas físicos que pueda tener.
2. BeHealthy Partnership debe tener requisitos similares de Autorización Previa y limitaciones de tratamiento para los servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que para los servicios de salud física.
3. BeHealthy Partnership le debe proveer a usted o a su Profesional los criterios de necesidad médica utilizados por HNE para Autorización Previa cuando usted o su Profesional los soliciten.
4. BeHealthy Partnership también le debe brindar, en un plazo razonable, el motivo de cualquier denegación de Autorización para servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias.

Si cree que BeHealthy Partnership no le brinda paridad, tal como se explicó anteriormente, tiene el derecho de presentar un Reclamo ante HNE, Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP) o MassHealth. Para obtener más información acerca de los Reclamos y cómo presentarlos, consulte la sección titulada "*Preocupaciones, consultas, reclamos y apelaciones*" de su Manual para Miembros.

También puede presentar un Reclamo directamente ante MassHealth. Puede hacerlo llamando al Centro de Servicios al Cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5 p. m.

La Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP) es el socio de Salud Conductual de BeHealthy Partnership. Brinda todos los servicios de Salud Conductual a los Miembros. MBHP administra los servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias para los Miembros del plan. MBHP trabaja junto a los Miembros de BeHealthy Partnership, sus familias, defensores, profesionales y otras partes interesadas. MBHP ha creado un sistema de atención basado en la comunidad que combina la atención primaria y la atención de salud mental. Esta sección de su Manual para Miembros, junto con la lista de Servicios Cubiertos, lo ayudarán a comprender los Servicios Cubiertos de Salud Conductual y los beneficios que obtiene como Miembro de BeHealthy Partnership.

Si necesita ayuda con respecto a sus beneficios de Salud Conductual, 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 para Miembros de HNE.

Los representantes de MBHP y de BeHealthy Partnership están disponibles en caso de que:

- Tenga preguntas sobre sus servicios y beneficios de Salud Conductual o si desea más información sobre la manera de obtener estos servicios
- Necesite ayuda para leer el material que tiene sobre sus servicios de Salud Conductual
- Necesite las versiones en español del material que tiene sobre sus servicios de Salud Conductual
- Necesite hablar con un intérprete sobre sus servicios de Salud Conductual

MBHP tiene Profesionales de Salud Conductual en toda el Área de Servicios de BeHealthy Partnership, que incluye Northampton, Holyoke, Springfield y Westfield. No necesita un Referido de su Médico de Cabecera para ver a un Profesional de Salud Conductual de MBHP.

Llame a los Servicios para Miembros de HNE al número publicado en la página 5 de este Manual para Miembros para solicitar el Directorio de Profesionales de BeHealthy Partnership. El Directorio de Profesionales de BeHealthy Partnership incluye una lista de los Profesionales de Salud Conductual de BeHealthy Partnership y un listado a nivel estatal de los Profesionales de Evaluación de Emergencias (ESP) quienes están para ayudarlo en caso de crisis. También puede visitar el sitio web de BeHealthy Partnership en www.behealthypartnership.org y hacer clic en "Find a Provider" en la esquina superior derecha. Para elegir un nuevo Profesional de Salud Conductual o cambiar a uno distinto, llame a MBHP y lo ayudarán a encontrar otro Profesional.

¿Qué sucede si mi Profesional de Salud Conductual ya no está disponible?
Le informaremos por escrito cuando su Profesional de Salud Conductual decida abandonar la Red de Profesionales de BeHealthy Partnership. Para elegir un nuevo Profesional de Salud Conductual, llame al Departamento de Servicios para Miembros de MBHP de la página 5. Para seguir con su profesional, visite Mass.gov/service-details/fixed-enrollment-period. Usted obtendrá más información sobre la inscripción fija y solicitar una excepción para poder seguir con su Médico de Cabecera.

Si su Profesional de Salud Conductual está desafiliado de BeHealthy Partnership, haremos todo el esfuerzo posible para notificarlo al menos 30 días antes de que la Desafiliación se haga efectiva (a menos que la Desafiliación se deba a motivos relacionados con la calidad o el Fraude).

¿Y si necesito atención fuera del horario de atención?
Para atención de Salud Conductual fuera del horario de atención, llame primero a su Profesional de Salud Conductual. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de MBHP, 24 horas al día, 7 días a la semana al número de MBHP que figura en la página 5.

Atención de Especialista

Puede recibir atención de cualquier Especialista de la red de BeHealthy Partnership sin un Referido; sin embargo, su Médico de Cabecera es la persona más idónea para ayudarlo a encontrar un Especialista en nuestra red y coordinar su atención médica. Algunos ejemplos de Especialistas son:

- Cardiólogo (médico del corazón)
- Audiólogo (médico de la audición)
- Alergista (médico de alergias)
- Neurólogo (médico del cerebro y sistema nervioso)

Algunos Especialistas requerirán información acerca de su salud y necesidades de parte de su Médico de Cabecera antes de que usted vaya a la consulta. El Especialista enviará un informe completo a su Médico de Cabecera. Los Especialistas en Salud Conductual enviarán este informe únicamente con su permiso por escrito. Este informe le ayudará a su Médico de Cabecera a decidir acerca de la atención futura que pueda necesitar.

Atención de Especialista Fuera de la Red

Usted podrá visitar a la mayoría de los Especialistas Fuera de la Red únicamente si BeHealthy Partnership lo aprueba con anticipación. Los servicios brindados por Especialistas Fuera de la Red requieren Autorización Previa.

Si hay Profesionales de la red que ofrecen el servicio, BeHealthy Partnership únicamente aprobará las solicitudes de servicios Fuera de la Red en circunstancias especiales. Antes de programar una consulta o buscar atención médica de un Especialista Fuera de la Red, incluso un Profesional de Salud Conductual, pida a su Médico de Cabecera o Profesional tratante que le envíe una solicitud de Autorización a BeHealthy Partnership. Luego de revisar la solicitud, le notificaremos a usted y a su Profesional acerca de nuestra decisión por escrito. Si no recibe la aprobación por escrito de BeHealthy Partnership para atención de especialista Fuera de la Red, BeHealthy Partnership no cubrirá los servicios solicitados. Tenga en cuenta que un Miembro puede ver a cualquier Profesional de Servicios de Planificación Familiar contratado por MassHealth, incluso si el Profesional no está en la Red de BeHealthy Partnership. No se requiere autorización previa. Para más información, consulte la sección titulada *"Autorizaciones Previas".*

Segunda Opinión

Tiene el derecho de recibir una Segunda Opinión de un Profesional del plan y que BeHealthy Partnership pague la consulta para la Segunda Opinión. Se requiere Autorización Previa cuando se solicita una Segunda Opinión de un Profesional que no sea parte de la Red de Profesionales de BeHealthy Partnership. Para recibir ayuda para localizar a un Profesional de BeHealthy Partnership que pueda darle una Segunda Opinión, se debe comunicar con su Médico de Cabecera o llamar al Departamento de Servicios para Miembros de HNE.

Atención hospitalaria no urgente

Si necesita atención hospitalaria y no se trata de una Emergencia, su Profesional coordinará su estadía en el hospital. Debe ir al hospital que haya especificado su Profesional para que BeHealthy Partnership cubra su atención hospitalaria.

Servicios de Planificación Familiar

Los Servicios de Planificación Familiar incluyen:

- Métodos anticonceptivos
- Exámenes
- Orientación profesional
- Pruebas de embarazo
- Algunos análisis de laboratorio

Su Médico de Cabecera puede ayudarlo a encontrar Servicios de Planificación Familiar Para buscar un proveedor de Servicios de Planificación Familiar, visite www.behealthypartnership.org. Haga clic en "Find a Provider" en la esquina superior derecha. También puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda. A su vez, puede pedir una copia impresa del Directorio de Profesionales de BeHealthy Partnership a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

No necesita Autorización para visitar a un Profesional de Servicios de Planificación Familiar de BeHealthy Partnership o MassHealth.

Estándares de atención

Estándares de acceso a la atención médica

Usted debe poder obtener atención médica cuando lo necesite de forma oportuna. Nuestros Profesionales saben la rapidez con la que tienen que prestarle sus servicios, según lo enfermo que esté. Estas reglas sobre la rapidez con la que un Profesional debe atenderlo se llaman "estándares de acceso".

Usted tiene derecho de presentar una Apelación (consulte *"Preocupaciones, consultas, reclamos y apelaciones"* para obtener información sobre cómo presentar una Apelación) si tiene que esperar más que los estándares de acceso a continuación para cada tipo de servicio.

Tipo de servicio	***Usted puede obtener...***
Atención médica	
Servicios de Emergencias	• De inmediato, veinticuatro (24) horas al día, siete días a la semana, cuando acuda a una sala de Emergencias o a otros servicios de Emergencias de Profesionales de atención médica. También tiene cobertura para traslado en ambulancia y servicios de Atención Posterior a la Estabilización que estén relacionados con la Emergencia.
Atención de Urgencia	• Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de su solicitud.
Atención primaria	• Debe estar disponible la atención no urgente y sintomática en un plazo de diez días calendario desde su solicitud. • Debe estar disponible la atención de rutina, no sintomática, en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario desde su solicitud.
Atención médica de Especialista	• Atención no urgente y sintomática en un plazo de 30 días de haber solicitado una consulta. • Atención de rutina, no sintomática, en un plazo de sesenta (60) días calendario de haber solicitado una consulta.
Salud Conductual	
Servicios de Emergencias	• De inmediato, veinticuatro (24) horas al día, siete días a la semana, cuando acuda a una sala de Emergencias, a un Profesional de ESP o a otros servicios de Emergencias de Profesionales de atención médica. También tiene cobertura para traslado en ambulancia y servicios de Atención Posterior a la Estabilización que estén relacionados con la Emergencia.
Atención de Urgencia	• Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de su solicitud
No urgente, sintomática y no sintomática	• Dentro de los diez días hábiles de su solicitud
Al momento del alta, los miembros que están en un entorno de hospitalización o de servicios alternativos de 24 horas	• Servicios alternativos que no sean de 24 horas dentro de los dos (2) días calendario • Manejo de medicamentos dentro de los 14 días calendario • Otros servicios ambulatorios dentro de los siete días calendario • Servicios de Coordinación de Cuidados Intensivos (*Intensive Care Coordination*, ICC) dentro de las 24 horas del referido, incluso autorreferido donde se brinda una entrevista en persona con la familia.
Niños al cuidado o bajo la custodia del Departamento de Servicios para el Niño y la Familia (*Department of Child and Family Services,* DCF)	
Niños al cuidado o bajo la custodia del DCF	• Una evaluación de atención médica dentro de los siete días calendario después de que usted o el trabajador del DCF lo pida. • Un examen médico completo en un plazo de 30 días calendario después de que usted o el trabajador del DCF lo pida (a menos que la programación de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (*Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment*, EPSDT) requiera que sea en menos tiempo).

INSCRIPCIÓN, DESAFILIACIÓN Y TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS

La inscripción a BeHealthy Partnership comienza cuando recibimos la notificación de su Inscripción de parte de MassHealth. Le enviaremos 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 desde la Fecha de Entrada en Vigencia de su Inscripción. Los Servicios Cubiertos se detallan al final. Si no recibe su tarjeta, llame a los Servicios para Miembros de HNE publicados en la página 5.

Cuando se inscribe en BeHealthy Partnership, se lo acepta independientemente de:

- Su condición física o mental
- Edad
- Género
- Orientación sexual
- Religión
- Discapacidad física o mental
- Etnia o raza
- Condición anterior como Miembro
- Afecciones preexistentes
- Estado de salud esperado

Portal para Miembros en línea

Usted tiene acceso a nuestro Portal para Miembros en www.behealthypartnership.org. Aquí puede ver todas sus reclamaciones y beneficios de atención médica en un solo lugar.

Lo único que tiene que hacer es ir a my.HealthNewEngland.org y registrarse. Tendrá acceso para:

- Consultar reclamaciones médicas y de farmacia de procesamiento reciente
- Cambiar su elección de Médico de Cabecera buscando al que acepta pacientes nuevos
- Valerse de los beneficios incluidos en su plan de salud
- Acceder fácilmente a Teladoc, su beneficio de telesalud

Desafiliación

MassHealth ahora inscribe durante un período de selección de planes. Cuando el período de selección de planes finaliza, comienza el período de inscripción fija. Esto quiere decir que no podrá cambiarse a un nuevo plan de salud hasta el siguiente período de selección de planes, excepto por determinados motivos. Para más información sobre estas excepciones, visite www.mass.gov/service-details/fixed-enrollment-period o llame al Centro de Servicios al Cliente de MassHealth al número que se encuentra en la página 5.

Desafiliación voluntaria

Para desafiliarse del plan BeHealthy Partnership, MassHealth le enviará la solicitud a BeHealthy Partnership. Una vez que recibamos la solicitud, su membresía finalizará un (1) día hábil después de recibida la solicitud de parte de MassHealth. Luego de la desafiliación, BeHealthy Partnership seguirá brindando cobertura para:

- Servicios Cubiertos hasta la fecha de la Desafiliación.
- Cualquier equipo por encargo aprobado antes de la Desafiliación, incluso si no se entrega hasta después de la Desafiliación.

Desafiliación de Miembros debido a la pérdida de Elegibilidad

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

Desafiliación de Miembros con justa causa

Puede haber casos en los que BeHealthy Partnership presente una solicitud por escrito a MassHealth para desafiliar a un Miembro. Por ejemplo, si un Miembro trata al personal de forma hostil o amenazante. BeHealthy Partnership no solicitará la desafiliación de un Miembro debido a:

- Un cambio adverso en el estado de salud del Miembro
- La utilización de servicios médicos por parte del Miembro
- Capacidad mental reducida
- Comportamiento difícil o perturbador debido a sus necesidades especiales

En caso de comportamiento perturbador, BeHealthy Partnership deberá enviar un aviso con anticipación al miembro donde se describa el comportamiento señalado y de qué manera ha afectado la capacidad de BeHealthy Partnership de brindarle servicios al miembro. También se le informará al miembro acerca de las consecuencias del comportamiento perturbador, incluida la desafiliación involuntaria. A su vez se le notificará al miembro cuando se busque la desafiliación involuntaria. Si no se hicieran esfuerzos para modificar el comportamiento perturbador, BeHealthy Partnership debe enviar una notificación de intención al miembro y a MassHealth solicitando la desafiliación.

MassHealth decidirá si permite la solicitud de BeHealthy Partnership de desafiliar al miembro. Si lo desafilian, MassHealth le notificará por escrito que ha sido desafiliado. Luego, MassHealth se comunicará con usted para elegir otro plan de salud.

Cómo mantener su cobertura de MassHealth

Asegúrese de renovar su cobertura de MassHealth todos los años de forma puntual. Esto ayudará a garantizar que no lo desafilien de MassHealth o de BeHealthy Partnership. MassHealth le enviará un formulario de verificación de revisión de Elegibilidad. Este formulario llegará de 10 a 11 meses desde la fecha que solicitó MassHealth por última vez. Si no recibe el formulario o si tiene preguntas acerca de cómo completar el formulario de redeterminación de MassHealth, llame al Centro de Servicios al Cliente de MassHealth cuyo número está en la página 5. Complete el formulario y envíelo de vuelta a MassHealth de inmediato. Si no completa el formulario y no lo envía de vuelta a tiempo, perderá su cobertura de MassHealth y de BeHealthy Partnership.

Tarjetas de identificación de los Miembros

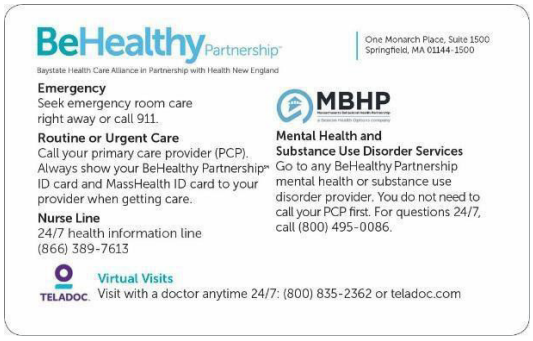
Los miembros de MassHealth en el plan BeHealthy Partnership tendrán dos tarjetas de seguro. Una es su tarjeta de MassHealth y la otra es de BeHealthy Partnership. Algunos servicios están cubiertos por BeHealthy Partnership y otros por MassHealth. Sin embargo, todos los servicios están coordinados por BeHealthy Partnership.

Usted debe presentar su tarjeta de identificación de Miembro de BeHealthy Partnership para recibir Servicios Cubiertos por parte de un Profesional. Usted y cada uno de sus familiares inscritos en 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 dice a los Profesionales 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 esté correcta. Si tiene preguntas o preocupaciones, o si pierde su tarjeta, llame a los Servicios para Miembros de HNE sin demora.

Si no recibe su tarjeta de identificación de Miembro de BeHealthy Partnership, llame al Departamento de Servicios para Miembros de HNE. Confirmarán si tenemos la dirección correcta.

Una muestra de tarjeta de identificación de Miembro de BeHealthy Partnership se ve de esta manera:



Su tarjeta de identificación no garantiza que recibirá los Servicios Cubiertos. Para recibir los Servicios Cubiertos, debe tener MassHealth y ser Miembro de BeHealthy Partnership al momento de recibir el servicio. Si permite que otros usen su tarjeta de identificación de Miembro para obtener servicios para los cuales no tienen autorización, eso es Fraude. Consulte “Avisos legales y formularios” para obtener más información sobre Fraude.

Su tarjeta de identificación de MassHealth

Como Miembro de BeHealthy Partnership, también tendrá una tarjeta de identificación de MassHealth. Para la cobertura más completa, asegúrese de llevar ambas tarjetas con usted en todo momento. Muestre las tarjetas de identificación de Miembro de BeHealthy Partnership y de MassHealth siempre que reciba atención médica o surta una receta.

Para obtener información sobre su tarjeta de identificación de MassHealth, llame al Centro de Servicios al Cliente de MassHealth que se encuentra en la página 5.

LOS BENEFICIOS DE BEHEALTHY PARTNERSHIP

Requisitos generales de cobertura

- Usted debe ser elegible para MassHealth. Usted debe estar inscrito en BeHealthy Partnership para recibir Servicios Cubiertos de BeHealthy Partnership.
- Todos los servicios deben ser "Servicios Cubiertos" de BeHealthy Partnership. La lista está al final de este Manual para Miembros.
- La mayoría de los servicios de atención médica y suministros médicos los debe proporcionar o coordinar el Médico de Cabecera o Especialista de BeHealthy Partnership del Miembro. Una cantidad limitada de servicios los pueden proveer Profesionales de MassHealth que no sean Profesionales de BeHealthy Partnership. Estos servicios se describen en la lista de Servicios Cubiertos.
- Algunos Servicios Cubiertos requieren Autorización Previa. Consulte "*Autorizaciones Previas*" para obtener más información sobre la manera de obtener Autorización Previa para Servicios Cubiertos o suministros médicos.
- Todos los servicios prestados deberán ser Médicamente Necesarios.

Continuidad de la Atención

La Continuidad de la Atención significa tener cobertura para los servicios durante momentos de transición. Por ejemplo, su Profesional actual lo está atendiendo pero no es parte de la Red de Profesionales de BeHealthy Partnership. A medida que pasa a ser un Miembro nuevo, podemos proveer cobertura para algunos servicios.

Por ejemplo:

- **Si usted está embarazada, puede seguir** atendiéndose con su obstetra actual (incluso si está Fuera de la Red) hasta el parto y chequeo de seguimiento dentro de las primeras seis semanas después del parto.
- También podrá mantener el Profesional, durante un período limitado, si recibe tratamiento cubierto en curso o manejo de enfermedades crónicas, incluso servicios autorizados con anterioridad por Servicios Cubiertos.

Ya que se requiere Autorización para consultar a un profesional fuera de la red de BeHealthy Partnership, puede pedirle a su Médico de Cabecera que lo coordine o llame a los Servicios para Miembros de HNE al número publicado en la página 5.

Cuando su Profesional ya no esté en la Red de Profesionales de BeHealthy Partnership porque ha sido desafiliado por motivos que no tengan que ver con la calidad de la atención o el Fraude, BeHealthy Partnership podrá brindar cobertura si:

- El Profesional es su Médico de Cabecera; se proveerá Cobertura por hasta 30 días.
- El Profesional, incluso un Médico de Cabecera, le está brindando tratamiento activo para una afección médica crónica o aguda.
- Se proveerá cobertura por hasta 90 días o hasta que se complete el tratamiento activo, lo que suceda primero.
- Si usted está embarazada, puede seguir atendiéndose con su obstetra actual (incluso si está Fuera de la Red) hasta el parto y chequeo de seguimiento dentro de las primeras seis semanas después del parto.
- Tiene una enfermedad terminal. Tendrá cobertura para los servicios prestados hasta el fallecimiento.

BeHealthy Partnership también cubre a los Profesionales que no sean parte de su Red de Profesionales por los siguientes motivos:

- Un Profesional participante dentro de la red no está disponible por motivo de distancia y viaje.
- Para minimizar la interrupción de la atención cuando las demoras para acceder a un Profesional participante dentro de la red, que no sean los atribuidos al Miembro, lleven a la interrupción del acceso a Servicios Médicamente Necesarios.

- En caso de que no haya un Profesional participante dentro de la red con la idoneidad y la experiencia compatibles con las necesidades de atención médica del Miembro.
- En el caso de una enfermedad terminal donde la cobertura se aplica a los servicios prestados hasta el fallecimiento.

Para continuar con la atención en todas las situaciones anteriores, el Profesional debe:

- Cumplir con los estándares de calidad de BeHealthy Partnership.
- Proporcionar a BeHealthy Partnership la información médica necesaria relacionada con la atención brindada.
- Seguir las políticas y procedimientos de BeHealthy Partnership, incluso aquellos sobre las autorizaciones.
- Prestar servicios conforme a un plan de tratamiento, si aplica, autorizado por BeHealthy Partnership.

En el caso de un Profesional desafiliado, el Profesional debe:

- Aceptar el pago de BeHealthy Partnership (a las tasas correspondientes antes del aviso de Desafiliación) como la totalidad del pago:
- Que no le pida a usted que pague o que BeHealthy Partnership pague ningún servicio que usted o BeHealthy Partnership no hubiese tenido que pagar *antes* de que el Profesional se desafiliara.

Si el Profesional no acepta estas condiciones podrá dar lugar a la denegación de la cobertura por el servicio prestado. Si tiene preguntas acerca de este asunto, llame a los Servicios para Miembros de HNE. El número está publicado en la página 5.

Cuando la cobertura comienza mientras está en el hospital

Su cobertura de BeHealthy Partnership puede comenzar mientras está en el hospital. BeHealthy Partnership cubre su atención hospitalaria desde la Fecha de Entrada en Vigencia de la Inscripción.

Si usted era Miembro de MassHealth antes de ingresar a BeHealthy Partnership, usted no es responsable de pagar ningún día de hospital anterior al ingreso a BeHealthy Partnership.

Evaluación de Necesidades de Atención (Care Needs Screening, CNS)

Ni bien BeHealthy Partnership reciba el aviso de su Inscripción, un representante lo llamará. La llamada es para revisar los beneficios de su plan. Le preguntará si tiene alguna duda o preocupaciones acerca de su nueva membresía de BeHealthy Partnership. Durante esta llamada, también le pedirán que complete una evaluación de necesidades de atención.

La evaluación de necesidades de atención es una herramienta que nos ayuda a entender sus necesidades médicas, de salud mental y sociales. Sus respuestas nos ayudarán a decidir qué tipo de servicios de atención médica deberíamos sumar a su centro de salud y de qué manera podemos ayudarlo a estar todo lo sano que pueda. Sus respuestas NO afectarán los beneficios de su MassHealth/BeHealthy Partnership. Compartiremos sus respuestas únicamente con sus profesionales de atención médica y su seguro de salud.

Puede encontrar el formulario de evaluación de necesidades de atención al final de su Manual para Miembros. Si no puede completar el formulario sin ayuda, puede hacerlo en la próxima visita a su centro de salud. También puede llamar a los Servicios para Miembros de BeHealthy Partnership al (413-788-0123) para pedir que alguien lo ayude.

Asistencia en traslados

Puede que algunos Miembros de BeHealthy Partnership cumplan los requisitos para tener traslados que no son de Emergencia. Este es un beneficio de MassHealth. Este traslado que no es de Emergencia se puede coordinar para que acudan a las consultas de atención médica. Este es un servicio que BeHealthy Partnership coordina para MassHealth. Para cumplir con los requisitos para obtener este beneficio:

- Usted no debe contar con un familiar u otra persona que pueda llevarlo
- Usted no debe tener acceso a transporte público, o hay una razón médica por la cual no puede usarlo
- Su consulta debe ser para un Servicio Médicamente Necesario

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros de HNE. Usted se debe

comunicar con nosotros con bastante anterioridad a su cita. Para coordinar su traslado que no es de Emergencia, llámenos con bastante anterioridad a su cita para que lo podamos programar.

Cómo acceder a los beneficios que no están cubiertos por BeHealthy Partnership que están disponibles directamente por medio de MassHealth

Hay servicios que no están cubiertos, pero que se proveen directamente mediante MassHealth. Estos servicios incluyen traslados que no son de Emergencia a los servicios de atención médica. Para conocer más, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Un representante de Servicios para Miembros responderá cualquier pregunta que tenga acerca del servicio de MassHealth. Lo ayudará a conseguir ese servicio, si es elegible. El representante de Servicios para Miembros también podrá referirlo al centro de servicios al cliente de MassHealth para obtener información adicional sobre ese servicio de MassHealth.

Servicios excluidos

A menos que se establezca lo contrario o que la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (*Executive Office of Health and Human Services*, EOHHS) determine que es Médicamente Necesario, los siguientes servicios no están cubiertos por MassHealth y, por lo tanto, no están cubiertos por BeHealthy Partnership:

- Cirugía estética. Sin embargo, los siguientes servicios no son estéticos y se prestarán cuando BeHealthy Partnership determine que son Médicamente Necesarios:
  - Corrección o reparación de daño después de una lesión o enfermedad
  - Mamoplastia después de una mastectomía
  - Cualquier otro servicio que BeHealthy Partnership determine que es Médicamente Necesario o adecuado
- Tratamiento para infertilidad, incluso, entre otros, procedimientos de fertilización *in vitro* (FIV) y transferencia intratubárica de gametos (TIG)
- Tratamientos experimentales
- Artículos personales o para comodidad del paciente, incluso acondicionadores de aire, radios, teléfonos y televisores
- Servicios no cubiertos de otro modo por MassHealth, excepto si BeHealthy Partnership determina que son Médicamente Necesarios para Miembros de MassHealth Standard y CommonHealth de menos de 21 años
- Un servicio o suministro que no preste un Profesional de la Red del Plan de BeHealthy Partnership o por indicación de este, salvo:
  - Servicios de Emergencias
  - Servicios de Planificación Familiar

Atención médica de prevención para niños

Los niños menores de 21 años deben visitar a sus Médicos de Cabecera para los chequeos. Se deben realizar los chequeos incluso si se sienten bien. Como parte de un chequeo de rutina, el Médico de Cabecera de su hijo ofrecerá evaluaciones. Estas evaluaciones se necesitan para averiguar si hay algún problema de salud.

Las evaluaciones incluyen:

- Salud
- Visión
- Odontología
- Audición
- Salud Conductual (puede ayudarlo a usted y a su médico o enfermero a identificar preocupaciones de forma temprana)
- Evaluaciones del desarrollo y del estado de vacunación

Durante la consulta de “rutina”, MassHealth requiere que los Médicos de Cabecera y los enfermeros usen herramientas de evaluación estandarizadas. Estas herramientas están aprobadas por MassHealth para verificar el estado de Salud Conductual del niño. Las herramientas de evaluación son cuestionarios cortos o

listas de verificación. Las completa el padre o el niño (según la edad del niño). Luego las analiza con el médico o el enfermero. La herramienta de evaluación podría ser la Lista de síntomas pediátricos (*Pediatric Symptom Checklist*, PSC) o la Evaluación de los padres del estado del desarrollo (*Parents' Evaluation of Developmental Status*, PEDS). Su Médico de Cabecera podrá usar otra herramienta de evaluación. Puede preguntarle a su Médico de Cabecera qué herramienta eligió para evaluar a su hijo por preocupaciones de Salud Conductual.

Su Profesional le hablará sobre la evaluación realizada. La evaluación le ayudará a usted y a su médico o enfermero a decidir si su hijo necesita más evaluación por parte de un Profesional de Salud Conductual u otro profesional médico. Si usted o su médico o enfermero piensan que su hijo necesita consultar con un Profesional de Salud Conductual, hay información y ayuda a su disposición. Para más información sobre cómo acceder a los servicios de Salud Conductual, o para encontrar un Profesional de Salud Conductual, puede hablar con su Médico de Cabecera o enfermero o llamar al departamento de servicios al cliente de MBHP o al Departamento de Servicios para Miembros de HNE.

BeHealthy Partnership le paga al Médico de Cabecera de su hijo por estos chequeos. En los chequeos de rutina, el Médico de Cabecera de su hijo puede encontrar y tratar problemas menores antes de que empeoren.

Estas son las edades en las que hay que llevar al niño para que le realicen exámenes físicos completos y evaluaciones:

Una o dos semanas	12 meses
Un mes	15 meses
Dos meses	18 meses
Cuatro meses	Entre dos y 20 años – Los niños deben visitar a su Médico de Cabecera una vez al año.
Seis meses	
Nueve meses	

Los niños también deben visitar a su Médico de Cabecera en cualquier momento que haya una preocupación sobre sus necesidades médicas, emocionales o de Salud Conductual, incluso si no es momento del chequeo habitual.

Servicios de evaluación y diagnóstico de atención médica pediátrica de prevención (Preventive Pediatric Health Care Screening and Diagnosis, PPHSD) para niños inscritos en MassHealth Family Assistance

Si usted o su hijo tienen menos de 21 años y están inscritos en MassHealth Family Assistance, y si un Profesional o cualquier profesional clínico descubre un problema de salud, BeHealthy Partnership pagará todos los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos según su tipo de cobertura o según el tipo de cobertura de su hijo.

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

Si usted o su hijo tienen menos 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 los servicios que no estén en su lista de Servicios Cubiertos.

Esta cobertura incluye atención médica, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones físicas y de Salud Conductual.

Este tratamiento lo debe prestar un Profesional que sea calificado y esté dispuesto a brindar el servicio y un médico, enfermero especializado o enfermera partera debe poner por escrito que el servicio es Médicamente Necesario.

Usted y su Médico de Cabecera pueden obtener ayuda de BeHealthy Partnership para encontrar Profesionales en la Red de BeHealthy Partnership que presten estos servicios, y para saber de qué manera usar Profesionales Fuera de la Red, de ser necesario.

En su mayoría, estos servicios están cubiertos por la cobertura MassHealth de su hijo y están incluidos en la lista de Servicios Cubiertos. Si el servicio no tiene cobertura, o no está en la lista, el médico o Profesional que prestará el servicio puede pedirle a BeHealthy Partnership una Autorización Previa. BeHealthy Partnership usa este proceso para determinar si el servicio es Médicamente Necesario. BeHealthy Partnership pagará por el servicio si se recibe una Autorización Previa. Hable con el Médico de Cabecera de su hijo, el Profesional de Salud Conductual u otro Especialista para que lo ayuden a conseguir estos servicios.

Si la Autorización Previa es denegada, usted o su Representante de Apelaciones tendrán derecho a presentar una Apelación. Consulte la sección "*Preocupaciones, consultas, reclamos y apelaciones"* para obtener más información sobre los procesos de Apelaciones.

Iniciativa de Salud Conductual para Niños (*Children's Behavioral Health Initiative*, CBHI)

La Iniciativa de Salud Conductual para Niños es una iniciativa interagencial de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos del Commonwealth cuya misión es fortalecer, ampliar e integrar los servicios del estado de Massachusetts en un sistema de atención integral, basado en la comunidad, para garantizar que las familias y sus hijos con necesidades importantes de salud mental, conductuales y emocionales obtengan los servicios necesarios para el éxito en el hogar, la escuela y la comunidad.

Los niños de menos de 21 años tienen derecho a servicios adicionales conforme a la ley federal de Medicaid. Hay cambios en marcha en el estado para los niños de MassHealth con trastornos emocionales graves (*serious emotional disturbance*, SED). Estos cambios incluyen la evaluación de afecciones de Salud Conductual en el entorno de la atención primaria, la evaluación estandarizada por médicos de Salud Conductual y el desarrollo de nuevos servicios de Salud Conductual basados en la comunidad.

BeHealthy Partnership brinda una gama completa de servicios de Salud Conductual, lo que incluye terapia individual, grupal o familiar, servicios "de desvío" como hospitalización parcial y atención de pacientes hospitalizados. Como parte de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños, los servicios de Salud Conductual para ciertos niños y jóvenes de menos de 21 años se han ampliado para incluir, si son Médicamente Necesarios, servicios basados en el hogar y en la comunidad, tales como intervención de crisis móvil, terapia en el hogar, servicios de salud conductual en el hogar, apoyo y capacitación familiar, mentoría terapéutica y Coordinación de Cuidados Intensivos (ICC).

Atención odontológica para niños

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

El Médico de Cabecera de su hijo hará un examen odontológico en cada chequeo médico de rutina. Cuando su hijo tenga tres años, o antes si hay problemas, su Médico de Cabecera sugerirá que lo lleve al dentista al menos dos veces al año.

Cuando su hijo vaya a un examen de rutina, el dentista le hará un chequeo odontológico completo, limpieza de dientes y tratamiento con flúor. Es importante asegurarse de que su hijo reciba la siguiente atención odontológica:

- Un chequeo odontológico cada 6 meses desde los tres años de edad a más tardar; y
- Una limpieza dental cada 6 meses desde los tres años de edad a más tardar; y
- Otros tratamientos odontológicos necesarios, incluso antes de los tres años, si el Profesional o dentista de su hijo encuentra problemas en los dientes o la salud bucal de su hijo.

El Médico de Cabecera de su hijo puede recomendar el uso de barniz de flúor. Este servicio es en su mayoría para niños hasta los tres años de edad, pero los niños de hasta 21 años pueden recibirlo si no tienen dentista. El barniz de flúor es una capa que se aplica en los dientes de manera muy fácil y ayuda a protegerlos de las caries.

Nota:

- Los niños menores de 21 años que están inscritos en MassHealth Standard o CommonHealth pueden recibir todos los tratamientos Médicamente Necesarios cubiertos según la ley de Medicaid, tales como el tratamiento odontológico, incluso si el servicio no está cubierto de otra manera por MassHealth.

- Los niños menores de 21 años que están inscritos en MassHealth Family Assistance pueden recibir todos los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos según el tipo de cobertura, incluso el tratamiento odontológico.
- Hable con el Médico de Cabecera o el dentista de su hijo para que lo ayuden a conseguir estos servicios.
- Los niños no necesitan un Referido para ver a un dentista de MassHealth.
- Los niños pueden visitar al dentista antes de los tres años.

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

Los niños menores de 21 años tienen derecho a ciertos servicios adicionales según la ley federal. Algunos niños necesitan ayuda adicional para crecer y desarrollarse de forma saludable. Los Especialistas en intervención temprana pueden ayudarlos. Algunos Especialistas en intervención temprana son:

- Trabajadores sociales
- Enfermeros
- Terapeutas ocupacionales, del habla o fisioterapeutas

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

Hable con el Profesional de su hijo lo más pronto posible si piensa que su hijo puede tener problemas de crecimiento o desarrollo. O comuníquese directamente con su programa de intervención temprana local.

Atención preventiva para adultos

La atención preventiva de rutina es una parte importante para que los adultos se mantengan sanos. BeHealthy Partnership alienta a todos los Miembros a consultar a su Médico de Cabecera con respecto a la atención preventiva. Algunos ejemplos de atención de prevención cubierta para Miembros de BeHealthy Partnership de 21 años o más son:

Exámenes físicos	cada 1 a 3 años
Monitoreo de la presión arterial	al menos cada 2 años
Análisis de colesterol	cada 5 años
Exámenes pélvicos y Papanicolaou (mujeres)	Iniciar el examen de Papanicolaou y el examen pélvico cada 3 años luego de la primera relación sexual o a los 21 años. Cada 1 a 3 años según los factores de riesgo.
Detección de cáncer de mama/Mamografía	todos los años a partir de los 40 años
Detección de cáncer colorrectal	cada 10 años a partir de los 50 años
Vacuna contra la gripe	todos los años
Examen de la vista	una vez cada veinticuatro (24) meses
Detección de diabetes	cada tres (3) años desde los 45 años. Evaluar con mayor frecuencia y a una menor edad si tiene sobrepeso y hay factores de riesgo.
Odontología	Llame a MassHealth o al Departamento de Servicios para Miembros de HNE para consultar sobre la cobertura odontológica específica que está disponible a través de MassHealth.

BeHealthy Partnership cubre muchos más servicios de atención preventiva. Consulte con su Médico de Cabecera sobre sus necesidades de atención médica de rutina.

Atención de maternidad

Si cree que puede estar embarazada, llame a su Médico de Cabecera. Su Médico de Cabecera programará una consulta para hacerle una prueba de embarazo. Si está embarazada, su Médico de Cabecera coordinará su atención de maternidad con un obstetra (médico que se especializa en embarazos) o con una enfermera partera.

BeHealthy Partnership cubre muchos servicios para ayudarla a que tenga un embarazo saludable y un bebé sano. Se programarán para usted chequeos frecuentes durante su embarazo. Para la salud de su bebé y para la suya propia, es importante que vaya a estas consultas incluso si se siente bien.

Durante estas consultas, su obstetra o enfermera partera chequeará el progreso de su bebé. Le dirá de qué manera cuidar de usted y de su bebé durante el embarazo. También se ocupará de usted cuando tenga a su bebé.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribir a su nuevo bebé en BeHealthy Partnership, llame al Departamento de Servicios para Miembros de HNE al número que aparece en la página 5.

SU BENEFICIO DE FARMACIA

BeHealthy Partnership cubre la mayoría de los medicamentos recetados y algunos medicamentos de venta libre, con una receta. Debe usar los medicamentos genéricos cuando estén disponibles, a menos que su profesional de atención médica escriba “no hacer sustituciones” en la receta y que se haya aprobado una autorización previa.

Consulte la lista de servicios cubiertos en el Apéndice C para obtener información de los copagos en farmacias.

Surtido de recetas

BeHealthy Partnership cubre muchos medicamentos recetados con cualquier copago correspondiente en las farmacias participantes de Massachusetts. Las farmacias participantes incluyen la mayoría de las cadenas grandes y la mayoría de las farmacias de la comunidad en Massachusetts. Consulte el Directorio de Profesionales de BeHealthy Partnership para obtener el listado de farmacias. Para ver el listado de farmacias participantes, diríjase a BeHealthyPartnership.org, haga clic en “Find a Provider”, luego haga clic en “Pharmacy” (Farmacia). Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Miembro de BeHealthy Partnership para que la farmacia sepa que usted es miembro de BeHealthy Partnership.

Medicamentos de venta libre

BeHealthy Partnership cubre muchos medicamentos de venta libre como remedios para la tos, el resfrío y la alergia, con copago correspondiente. Puede recibir un suministro de hasta 30 días de estos medicamentos con una receta de su profesional. Llame a los Servicios para Miembros de BeHealthy Partnership al (413) 788-0123 o al (800) 786-9999 (TTY: 711) para recibir más información.

Uso adecuado y seguro de medicamentos recetados

BeHealthy Partnership usa una cantidad de programas de farmacia para fomentar el uso seguro y correcto de los medicamentos recetados. Algunos medicamentos necesitan autorización previa antes de que les demos cobertura. Puede ver los medicamentos con cobertura en la herramienta para buscar medicamentos de BeHealthy Partnership. Diríjase a BeHealthyPartnership.org, luego haga clic en “Find a Drug” (Encontrar un medicamento).

Si desea una copia de la lista de medicamentos cubiertos, llame a los Servicios para Miembros de BeHealthy Partnership al (413) 788-0123 o al (800) 786-9999 (TTY: 711) de 8 a. m. a 6 p. m.

Si su profesional cree que es médicamente necesario que usted tome un medicamento que no está cubierto, puede presentar una solicitud de autorización previa a BeHealthy Partnership. Si se niega la solicitud de autorización previa, usted o su representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Si desea más información, visite nuestro sitio web en BeHealthyPartnership.org o llame a los Servicios para Miembros de BeHealthy Partnership al (413) 788-0123 o al (800) 786-9999 (TTY: 711) de 8 a. m. a 6 p. m.

Límites de cantidad

BeHealthy Partnership puede limitar la cantidad de unidades de un medicamento que reciba para garantizar el uso seguro y correcto. Estos límites se basan en calendarios de dosis recomendadas y en la potencia de la droga. Si su profesional piensa que es médicamente necesario que reciba cantidades mayores que las permitidas, puede presentar una solicitud de autorización previa. Si se niega la solicitud de autorización previa, usted o su representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Consulte con su Manual para Miembros para obtener más información acerca de reclamos y apelaciones.

Política de genérico obligatorio

La ley de Massachusetts requiere que los miembros prueben la versión genérica del medicamento antes de que se cubra el de marca. El medicamento genérico es el mismo fármaco y funciona de la misma manera que

el de marca; si su profesional médico considera que es médicamente necesario que usted tome el medicamento de marca, su profesional debe solicitar autorización previa a BeHealthy Partnership. Si desea más información, visite nuestro sitio web en behealthypartnership.org o llame a los servicios para miembros de BeHealthy Partnership al (413) 788-0123 o al (800) 786-9999 (TTY: 711) de 8 a. m. a 6 p. m.

Terapia escalonada

Este programa requiere que los miembros prueben ciertos medicamentos antes de que BeHealthy Partnership cubra otro medicamento de ese tipo. Si su profesional piensa que es médicamente necesario, puede presentar una solicitud de autorización previa. Si se niega la solicitud de autorización previa, usted o su representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Consulte con su Manual para Miembros para obtener más información acerca de reclamos y apelaciones.

Programa de farmacia especializada

Ciertos medicamentos e inyectables están cubiertos únicamente cuando se surten en farmacias especializadas de la lista preferida de BeHealthy Partnership. Para saber si un medicamento se debe surtir en una farmacia especializada, visite nuestro sitio web en BeHealthyPartnership.org, luego haga clic en “Find a Drug”.

Para ayuda adicional, o si tiene alguna pregunta sobre el programa de farmacias especializadas de BeHealthy Partnership, llame a los Servicios para Miembros de BeHealthy Partnership al (413) 788-0123 o al (800) 786-9999 (TTY: 711) de 8 a. m. a 6 p. m.

Programa de medicamentos nuevos en el mercado

BeHealthy Partnership revisa los medicamentos nuevos por seguridad y para asegurarse de que funcionan antes de agregarlos a nuestra lista de medicamentos. Si su profesional piensa que un medicamento nuevo en el mercado es médicamente necesario, puede presentar una solicitud de autorización previa. Si se niega la solicitud de autorización previa, usted o su representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “*Preocupaciones, consultas, reclamos y apelaciones”* para obtener más información sobre Reclamos y Apelaciones.

Servicios excluidos

El beneficio de medicamentos recetados de BeHealthy Partnership cuenta con una lista abierta de medicamentos preferidos, en la que los siguientes medicamentos o servicios no están incluidos. Sin embargo, si usted o su profesional piensa que es médicamente necesario que usted tome un medicamento de la lista, puede presentar una solicitud de autorización que revisará un profesional clínico. De ser aprobada, BeHealthy Partnership cubrirá el medicamento. Si se niega la solicitud de autorización previa, usted o su representante de apelaciones autorizado pueden apelar la decisión. Consulte la sección “*Preocupaciones, consultas, reclamos y apelaciones”* para obtener más información sobre Reclamos y Apelaciones.

Entre las exclusiones se encuentran:

- Suplementos dietéticos[1]
- Dispositivos o aparatos terapéuticos (salvo donde se especifica)[1]
- Productos biológicos, agentes de inmunización o vacunas[2]
- Sangre o plasma sanguíneo[2]
- Medicamentos que tenga que tomar una persona, o que se le tengan que administrar, total o parcialmente, mientras es paciente en un hospital habilitado, hogar de cuidado o institución similar que funcione en sus instalaciones, o que permita que funcione en sus instalaciones, un centro para el despacho de medicamentos[2]
- Cargos por la administración o inyección de cualquier medicamento[2]
- Si está disponible el medicamento genérico aprobado por la FDA, el equivalente de marca no tiene cobertura
- Esteroides anabólicos

- Complemento de progesterona
- Complementos de flúor/vitaminas después de los 13 años
- Medicamentos cuyo único propósito es fomentar o estimular el crecimiento del cabello o con fines estéticos únicamente
- Medicamentos con la etiqueta "Precaución – limitado al uso de investigación por ley federal" o medicamentos experimentales, aunque se cobre a la persona
- Medicamentos cuyo costo se pueda recuperar conforme a la compensación del trabajador o a la ley de enfermedades laborales o a cualquier agencia estatal o gubernamental, o medicamentos provistos por cualquier otro servicio médico o de medicamentos que no tenga costo para el miembro
- Cualquier receta que supere la cantidad de repeticiones especificada por el médico, o cualquier repetición dispensada 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. Refiérase a nuestro sitio web en www.BeHealthyPartnership.org y haga clic en "Find a Drug" en la esquina superior derecha para obtener una lista de los medicamentos cubiertos. También se puede comunicar con el Departamento de Servicios para Miembros de Health New England.

[1]Cubierto en determinadas circunstancias según el beneficio de equipo médico duradero (*durable medical equipment,* DME).
[2]Cubierto en determinadas circunstancias según el beneficio médico.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN

BeHealthy Partnership sabe lo difícil que es tener una afección de salud. Estamos aquí para ayudarlo. Queremos trabajar con usted para garantizar que esté tan saludable como pueda estar. BeHealthy Partnership brinda recursos a su Médico de Cabecera y al equipo de su centro de salud. Estos recursos ofrecen un abordaje combinado de la administración y la coordinación de la atención. Estos recursos incluso ayudan con las necesidades de atención médica compleja y apoyo de servicios de salud mental y consumo de sustancias.

Hable con su Médico de Cabecera sobre las opciones de Administración de la Atención si necesita ayuda. Quizás tenga que manejar situaciones, servicios o Profesionales al mismo tiempo. Estas situaciones pueden ser de naturaleza médica, conductual, social o ambiental. Los servicios pueden estar relacionados con la prevención, el bienestar, las enfermedades y los tratamientos o con la vivienda. Los Profesionales pueden incluirlo a usted o al Médico de Cabecera de un familiar, Especialistas, otros Profesionales de atención médica, tales como agencias de asistencia médica a domicilio, así como personal de otras agencias estatales.

Su Médico de Cabecera maneja la Administración de la Atención para situaciones médicas y MBHP ofrece Administración de la Atención para situaciones de Salud Conductual. Los servicios del programa de Administración de la Atención destacan la prevención, la Continuidad de la Atención y la coordinación de los servicios entre Profesionales y entornos. Se puede determinar la elegibilidad de los Miembros para recibir Administración de la Atención por varios medios. Un empleado de MBHP, usted u otro miembro de su equipo de atención médica (incluido un Profesional de Salud Conductual) pueden referirlo para que hable con su Médico de Cabecera sobre la Administración de la Atención.

Los programas de Administración de la Atención cuentan con un equipo dedicado de personal clínico y no clínico. El personal de Administración de la Atención incluye:

- Facilitadores de atención
- Enfermeros administradores de casos
- Trabajadores sociales
- Profesional clínico de Salud Conductual
- Enfermeros especializados
- Enfermeros titulados de práctica avanzada
- Educadores de salud
- Personal de coordinación de atención de consultorios médicos y centros de salud comunitarios
- Otros miembros de la Red de Profesionales

BeHealthy Partnership ofrece dos categorías distintas de programas que ofrecen servicios a nuestros Miembros. Las dos categorías de programas son nuestro Programa de Bienestar y el Manejo Clínico Intensivo (*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 de salud y bienestar sin cargo para todos nuestros Miembros. Estamos aquí para ayudarlo con las actividades de salud y bienestar. Este programa involucra varios tipos de clases de salud, acceso al portal WebMD donde los miembros pueden encontrar recetas, herramientas y temas que los ayuden a gestionar la salud.

Vivir con una afección que puede ser para toda la vida puede resultar difícil. Nuestro objetivo es ayudarlo a mejorar su salud. Nos aseguraremos de que sepa la manera de intentar mantenerse sano. Apoyaremos la relación que tiene con su Profesional. Nuestro programa trabaja para ayudar a evitar que su afección empeore. Trabajaremos con usted para ayudarlo a gestionar su afección lo mejor que pueda.

Servicios flexibles

Ofrecemos dos programas de servicios flexibles para ayudarlo a mejorar su salud. Ambos programas se basan en la elegibilidad. Para ser elegible, debe ser diagnosticado con la afección descrita en el programa y cumplir con necesidades adicionales de salud basadas en criterios.

Modificaciones en el Hogar por el Asma (*Asthma Home Modifications*): este programa se presta a los

miembros de la ACO de todas las edades que sufran de asma y que estén experimentando desencadenantes del asma ocasionados por varias preocupaciones en su hogar (polvo, suciedad, ventilación escasa, etc.). Estos desencadenantes pueden provocar visitas innecesarias a la sala de Emergencias o tener que tomar medicamentos que se pueden evitar. El programa ofrece suministros de limpieza ecológicos, filtros HEPA, deshumidificadores, acondicionadores de aire, entre otras cosas, a aquellas personas que los necesiten según la evaluación de un trabajador de salud comunitaria. Nos asociamos con Revitalize CDC para entregar estos suministros y ayudar a los miembros a entender cómo usarlos.

Entrega de Recetas de Alimentos y Nutrición (*Food and Nutrition Rx Delivery*): este programa se presta a los miembros de todas las edades con diagnóstico de diabetes u obesidad pediátrica y riesgo de desequilibrio nutricional. El programa ofrece servicios de consejería de nutricionistas así como 10 semanas de comidas nutricionalmente equilibradas que se entregan en el hogar del miembro. A su vez, el miembro podrá recibir equipo para cocinar, como microondas, anafre de inducción u olla de cocción lenta, así como varios artículos de cocina como tazas medidoras y platos de porciones. Este programa también lo administra Revitalize CDC.

Manejo Clínico Intensivo (ICM)

Este programa está diseñado para Miembros de BeHealthy Partnership quienes están haciendo frente a afecciones psicosociales o de Salud Conductual, a veces junto con preocupaciones médicas. Adultos y niños pueden unirse al programa ICM. El programa ICM es voluntario. ICM en general es un programa a corto plazo. Este programa se asocia con los Miembros y sus Profesionales de tratamiento para coordinar y hacer el mejor uso de los recursos para:

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

El programa está diseñado para ser flexible por naturaleza. El programa está diseñado para satisfacer las necesidades individuales de los Miembros. El administrador del caso trabaja de forma activa junto al Miembro y al equipo de atención médica del Miembro para su defensa. El administrador del caso también ayuda haciendo de vínculo con los apoyos y servicios necesarios. El administrador del caso facilitará la coordinación con la familia y otras partes involucradas. Se elabora un plan de atención individualizada con la colaboración y la aceptación del Miembro y del equipo de atención médica del Miembro. El plan de atención establece objetivos a corto y largo plazo. El plan de atención identifica los recursos que ayudan a lograr los objetivos. El programa ICM es ofrecido por profesionales médicos licenciados que brindan servicios por teléfono con los Miembros y Profesionales de atención y mediante la asistencia a las reuniones de planificación de la atención. Si tiene preocupaciones de salud, BeHealthy Partnership tiene administradores de la atención que pueden apoyarlo a usted y a su Profesional de atención médica. Esto le ayudará a recibir la atención que necesita.

Nuestros administradores de la atención pueden ayudarlo con las necesidades de atención médica y de Salud Conductual.

Servicios especializados de Administración de la Atención de Salud Conductual para Miembros

MBHP ofrece servicios especializados de Administración de la Atención para Miembros con preocupaciones específicas de Salud Conductual. MBHP brinda los siguientes servicios especializados de Administración de la Atención para Miembros de BeHealthy Partnership:

- **Ayuda selectiva** brinda ayuda a corto plazo para Miembros que se preocupan por recibir atención de Salud Conductual y servicios basados en la comunidad. MBHP usa recursos específicos que apuntan a conseguirle la ayuda que necesita. Los servicios incluyen encontrar traslado desde y hacia el consultorio del Profesional de Salud Conductual. Para obtener estos servicios, tiene que ser elegible.
- **Coordinación de atención** ayuda a los Miembros que tienen necesidades de Salud Conductual y se asegura de que obtengan los servicios adecuados. MBHP coordina todos los distintos servicios que usted recibe para darle apoyo. También le ayudan a entender y hacer lo que su Profesional le dice que haga. MBHP trabaja con usted (y su familia si usted así lo desea) para elaborar un plan de prevención

de crisis de manera de ayudarlo a mantenerse sano y evitar ir al hospital.

- **Manejo Clínico Intensivo (ICM)** es para los Miembros que tienen necesidades importantes de Salud Conductual. Es posible que estos Miembros tengan que ir muchas veces al hospital. ICM coordina todos los Servicios Cubiertos. También brindan el apoyo que pueda necesitar. Los administradores de la atención trabajan con usted y sus Profesionales para coordinar sus servicios de Salud Conductual y su atención médica. Nuestro objetivo es ayudarlo a evitar una crisis. Lo ayudamos a vivir en la comunidad. Si está embarazada y tiene preocupaciones de trastornos por el consumo de alcohol o de sustancias, puede calificar para los servicios del programa ICM. Los servicios de ICM ayudan a que usted y su bebé permanezcan sanos. ICM puede ayudarle a conseguir un Profesional clínico que se enfoque en asistir a mujeres embarazadas con preocupaciones de trastornos por el consumo de alcohol o sustancias.

Si tiene preguntas sobre la Administración de Atención especializada u otros servicios de Salud Conductual y cómo conseguirlos, pregúntele a su Médico de Cabecera. También puede visitar www.behealthyparternship.org/benefits o llamar al MBHP al número que se encuentra en la página 5. La línea de acceso clínico de MBHP está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.

AUTORIZACIONES PREVIAS

Se requiere aprobación especial antes de recibir algunos Servicios Cubiertos. Esto se conoce como Autorización Previa. No todos los Servicios Cubiertos necesitan una Autorización Previa. Los Servicios de Emergencia nunca requieren autorización previa. Si un Servicio Cubierto necesita Autorización Previa, debe obtenerla *antes* de recibir el servicio.
De lo contrario, no se cubrirá el servicio. Su Médico de Cabecera u otro Profesional tratante será a quien deba pedirle Autorización Previa de ser necesario. Pídale a su Médico de Cabecera que lo ayude con las Autorizaciones necesarias antes de recibir los servicios.
También puede referirse a la sección de servicios cubiertos al dorso de este manual o llamar al Departamento de Servicios para Miembros de HNE.

La sección Servicios Cubiertos informa cuáles servicios necesitan Autorización Previa. La lista informará si necesita Autorización Previa de BeHealthy Partnership, MassHealth o MBHP. Puede encontrar la lista al final de este manual.

Algunos ejemplos de Servicios Cubiertos que necesitan Autorización son:

- Fisioterapia
- Terapia del habla
- Admisiones opcionales
- Ciertos servicios de Salud Conductual, incluso atención psiquiátrica de hospitalización

Su Médico de Cabecera y el equipo de atención tienen que saber adónde enviar las solicitudes de Autorización Previa para cuáles servicios:

- Para algunos servicios de Salud Conductual, la solicitud de Autorización va a MBHP
- Para algunos servicios que no son de Salud Conductual, la solicitud de Autorización va a BeHealthy Partnership

Su Profesional puede solicitar una decisión de Autorización Previa acelerada (rápida) si piensa que el tiempo estándar para las decisiones de Autorización pueden poner en grave peligro:

- Su vida
- Su salud
- Su capacidad de tener, mantener o recuperar una funcionalidad óptima

BeHealthy Partnership revisa todas las solicitudes y tomará decisiones dentro de los plazos detallados a continuación.

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

Tomamos decisiones de Autorización Previa para ayudarlo a que reciba atención tan pronto la necesite. También tomamos decisiones según sus necesidades de atención médica. Para las solicitudes estándar de Autorización Previa, siempre tomamos decisiones dentro de los 14 días calendario después de que su Profesional nos envíe la solicitud. A veces su Profesional puede pedirnos una decisión (“rápida”) sobre una Autorización Previa. BeHealthy Partnership necesita 72 horas después de recibida la solicitud de Autorización Previa “rápida” para tomar una decisión.

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

- Usted o su Profesional de atención médica solicita una extensión, o
- BeHealthy Partnership puede dar un buen motivo de que:
    - La extensión lo ayudará; y
    - Se necesita información adicional donde:
        - La información adicional lo ayudaría a conseguir la aprobación de la solicitud de Autorización, y
        - Se espera razonablemente recibir la información pendiente en un plazo de 14 días calendario.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le enviaremos una carta a usted y a su Profesional. Esta carta explicará por qué necesitamos más tiempo para tomar una decisión. Lo ayudaremos a usted y a su Representante de Apelaciones a saber cómo presentar un Reclamo si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la necesidad de la extensión. Puede obtener más información sobre la forma de presentar un Reclamo en la sección "*Preocupaciones, consultas, reclamos y apelaciones".* También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de HNE para más información.

Usted o su Representante de Apelaciones puede presentar una Apelación Interna si BeHealthy Partnership supera el tiempo estipulado para tomar decisiones de Autorización Previa. Para más información sobre la presentación de una Apelación Interna, diríjase a la sección "*Preocupaciones, consultas, reclamos y apelaciones"* de este manual. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de HNE para más información.

BeHealthy Partnership revisará la Autorización Previa. Le informaremos a usted y a su Profesional acerca de nuestra decisión. Antes de recibir cualquier servicio que necesite, asegúrese de tener esta Autorización.

BeHealthy Partnership enviará una carta de denegación a usted y a su profesional cuando:

- No autoricemos ninguno de los servicios que se solicitan
- Se aprueben únicamente algunos de los servicios
- No se autorice la cantidad total
- No se autorice la duración o el alcance de los servicios

BeHealthy Partnership no pagará por ninguno de los servicios que no estén autorizados. BeHealthy Partnership también le enviará un aviso a usted y a su Profesional:

- Si decidimos reducir servicios autorizados previamente
- Si decidimos suspender servicios autorizados previamente
- Si decidimos cancelar servicios autorizados previamente

Usted o su Representante de Apelaciones puede presentar una Apelación Interna cuando no esté de acuerdo con cualquier decisión. Para más información, consulte la sección "*Preocupaciones, consultas, reclamos y apelaciones*".

Pídale a su Médico de Cabecera que lo ayude con las Autorizaciones necesarias antes de recibir los servicios. También puede referirse a la sección de servicios cubiertos al dorso de este manual o llamar al Departamento de Servicios para Miembros de HNE.

PROGRAMAS PARA MANTENER LA CALIDAD Y LOS SERVICIOS ADECUADOS

Gestión del Uso

La Gestión del Uso nos ayuda a obtener la cantidad y el tipo de atención adecuada que se necesita en el lugar y momento apropiados. Entendemos que usar los servicios médicos menos de lo necesario puede ser malo para su salud y bienestar. La Gestión del Uso nos ayuda a obtener la cantidad y el tipo de atención adecuada que se necesita en el lugar y momento apropiados.

El programa de Revisión del Uso de BeHealthy Partnership cuenta con médicos y enfermeros que miran la atención médica que recibieron los Miembros y determinan si los servicios fueron Médicamente Necesarios. Si determinamos que los servicios que recibió no fueron Médicamente Necesarios, nos comunicaremos con su Profesional. Las decisiones se basan únicamente en el uso correcto de la atención, el servicio y la existencia de cobertura.

BeHealthy Partnership no premia a quienes hacen la Revisión del Uso por decidir autorizar servicios o no hacerlo. La denegación de cobertura o servicio y las decisiones que redunden en la subutilización tampoco son premiados.

Acceso y uso

Para obtener información acerca del proceso de Gestión del Uso y las solicitudes y decisiones de Autorización, puede llamar a nuestra oficina de Gestión del Uso de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes al (413) 788-0123 o (800) 786-9999 (TTY: 711). Para preguntas sobre las solicitudes o decisiones de Gestión del Uso después del horario de atención, puede dejar un mensaje en estos números o enviar un fax al (413) 233-2700, 24 horas al día, 7 días a la semana. Contestaremos todas las solicitudes y mensajes que se dejaron después de las 5:00 p. m. el siguiente día hábil (lunes a viernes, salvo días festivos).

Programa de Aseguramiento de la Calidad

El programa de Aseguramiento de la Calidad de HNE supervisa la calidad de los servicios clínicos prestados conforme a BeHealthy Partnership. El personal de Revisión del Uso de BeHealthy Partnership decide si la atención que los Miembros reciben es Médicamente Necesaria. BeHealthy Partnership también brinda servicios de planificación para asegurarse de que los Miembros reciban los servicios que necesiten luego de haber estado en el hospital.

Pautas clínicas

Las pautas clínicas se usan para ayudar a que los Profesionales de atención médica proporcionen atención de calidad y gestión de afecciones crónicas. Las pautas se elaboran con médicos de la Red de BeHealthy Partnership y por organismos nacionales de acreditación. Estas pautas se usan de forma que se tomen en cuenta las necesidades de atención médica de los Miembros. Las pautas se revisan en años alternos, o con mayor frecuencia de ser necesario.

Terapias experimentales, dispositivos médicos, tratamiento en ensayos clínicos

Las nuevas tecnologías para terapias experimentales, dispositivos médicos y tratamiento en ensayos clínicos se revisan caso por caso, así como a nivel del beneficio. Las decisiones para aprobar el uso de nueva tecnología se basan en lo que redundará en un mayor beneficio y un menor riesgo para el Miembro.

La revisión de BeHealthy Partnership sobre nuevas tecnologías incluye:

- El asesoramiento de expertos clínicos para revisar las nuevas tecnologías que HNE esté considerando para su cobertura
- La revisión de la aprobación de la agencia reguladora (como la Administración de Alimentos y Medicamentos)
- Reseñas científicas publicadas
- Recomendaciones de práctica clínica nacionales o regionales de fuentes conocidas (por ejemplo, el Instituto Nacional del Cáncer)

Para más información sobre los programas de Aseguramiento de la Calidad y Revisión del Uso de BeHealthy Partnership, llame a los Servicios para Miembros de HNE.

PREOCUPACIONES, CONSULTAS, RECLAMOS Y APELACIONES

Preocupaciones

En cualquier momento, usted puede expresar alguna preocupación que tenga ante BeHealthy Partnership o MassHealth. Hay representantes disponibles en el número publicado en la página 5 de este Manual para Miembros, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Consultas

Como Miembro de BeHealthy Partnership, tiene derecho de hacer una Consulta en cualquier momento. Una Consulta es una pregunta o solicitud que tenga sobre las operaciones de BeHealthy Partnership. Trataremos de resolver su Consulta de inmediato o, a más tardar, en un plazo de un (1) día hábil desde el día de su recepción. Le informaremos el resultado.

Reclamos

Su satisfacción es importante para nosotros. Si siente que tuvo una experiencia poco satisfactoria con BeHealthy Partnership, MBHP o con cualquiera de nuestros Profesionales contratados, tiene derecho de presentar un Reclamo, que es una forma de mostrar que no está satisfecho con su experiencia.

Para más información sobre los tipos de experiencias por los que puede presentar un Reclamo, refiérase a la pregunta "¿Por qué cosas puedo presentar un Reclamo?" que se encuentra debajo. Cuando presenta un Reclamo ante BeHealthy Partnership, usted tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a:

- Dar información que apoye su Reclamo a BeHealthy Partnership por teléfono, por escrito o en persona
- Conseguir ayuda de alguien que usted elija, como un amigo, familiar o Profesional (consulte "¿Puedo elegir a alguien que me represente durante el proceso del Reclamo?" debajo)
- Hacer preguntas al personal de BeHealthy Partnership y obtener ayuda de ellos
- Recibir servicios gratuitos de traducción durante el proceso del Reclamo

También, le pedimos que:

- Firme y envíe el formulario de Autorización de Representante Personal, si asigna un Representante de Apelaciones (refiérase a "¿Puedo elegir a alguien que me represente durante el proceso del Reclamo?"). Para obtener una copia de este formulario, visite www.behealthypartnership.org/forms, o comuníquese con los Servicios para Miembros de HNE al número que figura en la página 5.
- Proporcione una forma de comunicarnos con usted (dirección actual o número de teléfono) acerca de su Reclamo

¿Por qué cosas puedo presentar un Reclamo?

Usted o su Representante de Apelaciones puede presentar un Reclamo cuando tenga una experiencia poco satisfactoria con BeHealthy Partnership, MBHP o con cualquiera de nuestros Profesionales.

Algunos ejemplos de los tipos de Reclamos que puede presentar son:

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención o los servicios prestados
- Sus derechos no fueron respetados
- La persona que lo está ayudando fue irrespetuosa
- Usted no está de acuerdo con la decisión de extender el tiempo de resolución de una Apelación Interna
- Usted no está de acuerdo con la decisión tomada con respecto a la Autorización
- Usted no está de acuerdo con la decisión de no tratar una Apelación Interna como Apelación Interna Acelerada (rápida)

¿Cómo presento un Reclamo?

Para presentar un Reclamo, usted o su Representante de Apelaciones puede escribir a BeHealthy Partnership a:

HNE BeHealthy Partnership

Complaints and Appeals Department (Departamento de Reclamos y Apelaciones)
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

BeHealthy Partnership es responsable de procesar todos los Reclamos, incluso los Reclamos con respecto a la atención de Salud Conductual. También puede brindar información en persona, o llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros de HNE al teléfono que figura en la página 5.

Cuando recibamos su solicitud de presentación de un Reclamo, les enviaremos a usted y a su Representante de Apelaciones una carta de acuse de recibo en el plazo de un (1) día hábil. La carta de acuse de recibo describe su Reclamo tal como lo entendemos. Si no está bien, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros de HNE al número que se encuentra en la página 5.

También puede presentar un Reclamo directamente ante MassHealth. Puede hacerlo llamando al Centro de Servicios al Cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5 p. m.

¿Puedo elegir a alguien que me represente durante el proceso del Reclamo?

Sí. Usted puede designar a alguien de su elección para que lo represente durante el proceso del Reclamo. Para hacerlo, debe firmar y enviar un formulario de Autorización de Representante Personal a BeHealthy Partnership. Si no recibimos un formulario de Autorización de Representante Personal firmado dentro del plazo para resolver su Reclamo, desestimaremos su Reclamo y le notificaremos sobre esto por escrito.

¿Quién revisará mi Reclamo?

Su Reclamo lo revisarán una o más personas que no hayan estado involucradas en el problema o situación al que se refiere su Reclamo. Si tiene que ver con un asunto clínico, un profesional calificado de atención médica revisará su Reclamo.

¿Y si BeHealthy Partnership necesita más información?

Si necesitamos más información, los llamaremos a usted y a su Representante de Apelaciones o les enviaremos a usted y a su Representante de Apelaciones una solicitud por escrito. Le pedimos que responda a nuestras solicitudes de más información lo más pronto posible, de modo que podamos tomar una decisión más rápida para usted. Usted y su Representante de Apelaciones puede brindar información adicional, por escrito, por teléfono o en persona, en cualquier momento durante el proceso del Reclamo.

¿Cuándo sabré el resultado de mi Reclamo?

Les enviaremos una carta a usted y a su Representante de Apelaciones en un plazo de 30 días calendario de la recepción de su Reclamo para informarle sobre el resultado.

Apelaciones

El proceso de Apelaciones Internas y los derechos de los Miembros de BeHealthy Partnership

BeHealthy Partnership es responsable de las Apelaciones Internas con respecto a los servicios de farmacia y de atención médica. MBHP es responsable de las Apelaciones Internas que tengan que ver con la atención de Salud Conductual. La información que se encuentra en esta sección corresponde a las Apelaciones Internas presentadas ante BeHealthy Partnership o MBHP.

Si no está satisfecho con una decisión sobre la cobertura de atención médica tomada por BeHealthy Partnership o MBHP, o si ha tenido problemas para acceder a los servicios de atención médica, tiene el derecho de presentar una Apelación Interna. Una Apelación Interna es una solicitud para que BeHealthy Partnership o MBHP investigue y responda a una Medida Adversa. Para obtener una explicación sobre el concepto de Medida Adversa, refiérase a la pregunta “¿Por qué cosas puedo presentar una Apelación?”, que se encuentra a continuación.

Sus derechos durante el Proceso de Apelación incluyen:

- El derecho de brindar a BeHealthy Partnership o MBHP la información (por escrito, por teléfono o en persona) acerca de su Apelación
- El derecho a que alguien lo ayude o represente, como un amigo, familiar o Profesional (Consulte "¿Qué es un Representante de Apelaciones?" a continuación)
- El derecho a obtener servicios de traducción gratuitos durante el proceso de Apelaciones Internas
- El derecho a hacerle preguntas a BeHealthy Partnership o a MBHP y a obtener ayuda del personal de BeHealthy Partnership o MBHP
- El derecho a ver toda la información que BeHealthy Partnership o MBHP usaron para tomar una decisión sobre su Apelación Interna y a obtener una copia
- El derecho a solicitar una copia del documento o los criterios de BeHealthy Partnership o MBHP sobre los que se basa la Medida Adversa, si corresponde
- El derecho a solicitar una copia de la política y procedimientos de Apelaciones Internas de BeHealthy Partnership o MBHP por escrito en cualquier momento

Le pedimos que:

- Firme y envíe el formulario "Autorización para divulgar información de salud", si se lo solicita (consulte "¿Y si BeHealthy Partnership o MBHP necesitan más información?", a continuación)
- Firme y envíe el formulario Designación de Representante de Apelaciones, si designa un Representante de Apelaciones (consulte "¿Qué es un Representante de Apelaciones", a continuación)
- Proporcione a BeHealthy Partnership o MBHP la dirección actual o número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted durante el proceso de Apelaciones Internas

¿Por qué cosas puedo presentar una Apelación?

Usted o su Representante de Apelaciones puede solicitar una Apelación Interna por una Medida Adversa. Una Medida Adversa tiene lugar si:

- La cobertura de un servicio de atención médica solicitado que requiere Autorización Previa es denegada o limitada
- La cobertura de un servicio que fue aprobado previamente se reduce o se interrumpe
- El pago de un servicio es denegado porque pensamos que no es Médicamente Necesario
- Una solicitud de Autorización no se responde en tiempo y forma, tal como se detalla en la sección "*Autorización Previa"*
- Usted (el Miembro) no puede recibir tratamiento médico de un Profesional de BeHealthy Partnership o MBHP en tiempo y forma, tal como se detalla en la sección "*Preocupaciones, consultas, reclamos y apelaciones*"
- Usted no recibió una respuesta oportuna a su solicitud de Apelación Interna. En esta instancia, usted puede presentar una Apelación directamente ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid (*Office of Medicaid's Board of Hearings*) tal como se describe 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 Apelaciones puede presentar una Apelación Interna o una Apelación Interna Acelerada (rápida) ante BeHealthy Partnership o, para casos de Salud Conductual, ante MBHP. Una Apelación Interna es la revisión estándar de una Medida Adversa (consulte "¿Cómo presento una Apelación Interna?", debajo). Una Apelación Interna Acelerada (rápida) es una revisión rápida de una Medida Adversa (consulte "¿Cómo puedo obtener la decisión antes de los 30 días por parte de BeHealthy Partnership o MBHP?"). Estos tipos distintos de Apelaciones Internas se describen en más detalle a continuación.

¿Cómo presento una Apelación Interna?

Para iniciar el proceso de Apelación Interna, usted o su Representante de Apelaciones puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de HNE al número que se detalla en la página 5.

También puede escribir a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department (Departamento de Reclamos y Apelaciones)
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

Para Apelaciones Internas de Salud Conductual, usted o su Representante de Apelaciones puede llamar al Coordinador de Apelaciones para Miembros de MBHP al (800) 495-0086 (TTY: (617) 790-4131). También puede escribir a:

Coordinador de Apelaciones para Miembros de MBHP
Massachusetts Behavioral Health Partnership
1000 Washington Street, Suite 310
Boston, MA 02118-5002

Cuando recibamos su solicitud de Apelación Interna, les enviaremos a usted y a su Representante de Apelaciones, si lo hay, un acuse de recibo de la Apelación en el plazo de un (1) día hábil.

¿Qué es un Representante de Apelaciones?

Un Representante de Apelaciones es alguien que usted elige, por escrito, para actuar en su nombre al presentar una Apelación Interna. Un Representante de Apelaciones puede ser un familiar, un amigo, un Profesional o alguien más que usted elija. Su Representante de Apelaciones tendrá los mismos derechos que usted tiene para presentar su Apelación Interna. Tenga en cuenta, sin embargo, que si desea elegir un Representante de Apelaciones, debe firmar y enviar un formulario de Autorización de Representante Personal. Si elige usar un Representante de Apelaciones y no recibimos un formulario de Autorización de Representante Personal firmado dentro del plazo para resolver su Apelación Interna, la desestimaremos. Para una Apelación Interna Acelerada (rápida) la revisión se procesará incluso si no hemos recibido el formulario de Autorización de Representante Personal dentro del plazo requerido. A su vez, el Médico tratante que presente una apelación en nombre de la persona inscrita se considerará el Representante de Apelaciones de dicha persona, pero HNE no exigirá el formulario de Autorización de Representante Personal firmado de parte de la persona inscrita antes de que se procese la Apelación Interna.

Si desestimamos su Apelación Interna, se lo notificaremos a usted y a su Representante de Apelaciones por escrito. Si usted cree que de hecho autorizó a su Representante de Apelaciones por escrito antes de que venciera el plazo para resolver su Apelación Interna, usted o su Representante de Apelaciones puede solicitar, por escrito, que revoquemos (revirtamos) esta desestimación y procedamos con su Apelación Interna.

Debemos recibir esta solicitud en un plazo de 10 días calendario a partir de la recepción de nuestra carta de desestimación. Envíe su solicitud a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department (Departamento de Reclamos y Apelaciones)
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

Para Apelaciones Internas de Salud Conductual, envíe su solicitud a:

Coordinador de Apelaciones para Miembros de MBHP
Massachusetts Behavioral Health Partnership
1000 Washington Street, Suite 310
Boston, MA 02118-5002

Consideraremos la desestimación como definitiva o revocaremos (revertiremos) la desestimación y procesaremos su Apelación Interna. Le informaremos a usted y a su Representante de Apelaciones sobre esta decisión por escrito. Si consideramos su desestimación como definitiva, usted puede apelar 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 Apelación Interna Acelerada (rápida) se desestimará y se procesará como una Apelación Interna estándar si la solicitud de aceleración (proceso rápido) no está relacionada con su afección de salud.

¿Y si elijo un Representante de Apelaciones, pero ya no deseo usarlo?

Si un Miembro desea cesar (despedir) a su Representante de Apelaciones, debe llamar al Coordinador de Reclamos y Apelaciones (*Complaints and Appeals Coordinator,* CAC) que trabaja en su caso lo más pronto posible. El número de teléfono del CAC se encuentra en el acuse de recibo enviado al Miembro luego de la recepción de la Apelación por parte de HNE. El Miembro también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de HNE y hablar con un representante de los Servicios para Miembros sobre el cese (despido) de su Representante de Apelaciones. El representante de los Servicios para Miembros de HNE entonces notificará al CAC que trabaja en la Apelación acerca de este cambio. Esto garantizará que toda la correspondencia se envíe directamente al Miembro, y no al Representante de Apelaciones, después del cambio.

Tenga en cuenta que: Las Apelaciones de Salud Conductual no las maneja HNE. Si el Miembro cesa (despide) a un Representante de Apelaciones por una Apelación de Salud Conductual, el Miembro se tiene que comunicar con Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP) para notificarlos sobre este cambio.

¿Hay un límite de tiempo para presentar una Apelación Interna?

Sí. En caso de denegación de una solicitud de servicios nueva, usted o su Representante de Apelaciones debe presentar su Apelación Interna en un plazo de 60 días calendario de recibir el aviso de esta decisión.

En caso de una decisión de reducir o interrumpir la cobertura de un servicio que había sido aprobado previamente, usted o su Representante de Apelaciones debe presentar su Apelación Interna. La apelación se debe presentar en un plazo de 60 días calendario de recibir el aviso de esta decisión. Si desea que los servicios continúen mientras se procesa su Apelación, debe presentar su Apelación Interna dentro de los 10 días calendario de recibir el aviso de la decisión.

En caso de que no hayamos respondido a su solicitud de cobertura de un servicio en tiempo y forma, como se describe en su Manual para Miembros, usted o su Representante de Apelaciones debe presentar su Apelación Interna en un plazo de 60 días calendario desde nuestro incumplimiento de los plazos requeridos para tomar las decisiones de Autorización.

En caso de que no haya recibido tratamiento médico de parte de un Profesional de BeHealthy Partnership en tiempo y forma, como se describe en su Manual para Miembros, usted o su Representante de Apelaciones debe presentar su Apelación Interna en un plazo de 60 días calendario desde la fecha en que no se cumplieron los estándares de acceso requeridos, tal como se establece en este Manual.

¿Qué sucede si no presento mi Apelación Interna dentro del plazo límite descrito anteriormente?

Si recibimos su Apelación Interna con demora, la desestimaremos. Se lo informaremos a usted y a su Representante de Apelaciones por escrito. Si usted cree que de hecho presentó su Apelación Interna antes de que venciera el plazo, usted o su Representante de Apelaciones puede solicitar, por escrito, que revoquemos (revirtamos) esta desestimación y procedamos con su Apelación Interna. Debemos recibir esta solicitud en un plazo de 10 días calendario a partir de la recepción de nuestra carta de desestimación. Envíe su solicitud acerca de servicios de atención médica a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department (Departamento de Reclamos y Apelaciones)
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

Envíe su solicitud acerca de servicios de Salud Conductual a:

Coordinador de Apelaciones para Miembros de MBHP
Massachusetts Behavioral Health Partnership
1000 Washington Street, Suite 310
Boston, MA 02110

Consideraremos la desestimación como definitiva o revocaremos (revertiremos) la desestimación y procesaremos su Apelación Interna. Le informaremos a usted y a su Representante de Apelaciones sobre esta decisión por escrito. Si consideramos su desestimación como definitiva, usted o su Representante de Apelaciones puede apelar 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?").

¿Qué necesito hacer para continuar recibiendo servicios durante mi Apelación Interna?

Si su Apelación Interna involucra la decisión de reducir o interrumpir la cobertura de un servicio que había sido aprobado previamente, seguirá recibiendo aquellos servicios de forma automática si usted o su Representante de Apelaciones solicita una Apelación Interna dentro de los 10 días calendario de la recepción de su aviso de Medida Adversa.

¿Quién analizará mi Apelación Interna?

Su Apelación Interna será revisada por una o más personas que no hayan estado involucradas en la Medida Adversa original. Al menos una será un experto que trate la afección médica o que brinde el tratamiento o servicio del cual se trata su Apelación Interna.

¿Y si BeHealthy Partnership o MBHP necesita más información?

Si necesitamos más información, les enviaremos a usted y a su Representante de Apelaciones un formulario de "Autorización para divulgar información de salud". Lea este formulario, haga las correcciones necesarias, fírmelo y envíelo en el sobre con franqueo pago que le brindaremos.

¿Cuánto tiempo tardará BeHealthy Partnership o MBHP para decidir sobre mi Apelación Interna?

Tomaremos nuestra decisión dentro de los 30 días calendario de su solicitud de Apelación Interna. Si necesitamos más información antes de que podamos tomar una decisión, extenderemos el tiempo de decisión hasta 14 días calendario si usted o su Representante de Apelaciones solicita la extensión. También podemos extender el plazo nosotros si podemos justificar que la extensión es beneficiosa para usted y que se necesita información adicional que se espera recibir, de manera razonable, dentro del plazo extendido y que es probable que dicha información lleve a la aprobación de la solicitud. Si elegimos hacer una extensión, se lo notificaremos a usted y a su Representante de Apelaciones por escrito.

Si usted no está satisfecho con nuestra decisión de extender nuestro tiempo de respuesta para resolver una Apelación Interna, usted o su Representante de Apelaciones puede presentar un Reclamo ante BeHealthy Partnership visitando o escribiendo a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department (Departamento de Reclamos y Apelaciones)
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

También puede llamar a los Servicios para Miembros de HNE al número que se encuentra en la página 5.

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

Sí. Usted o su Representante de Apelaciones puede 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 Apelaciones desea extender el plazo de Apelación de 30 días calendario para presentar información adicional, puede hacerlo por 14 días calendario más.

¿Cómo me entero de la decisión de BeHealthy Partnership o de MBHP sobre mi Apelación Interna?

Les enviaremos a usted y a su Representante de Apelaciones una decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario de su solicitud de Apelación Interna, a menos que haya una extensión de 14 días calendario.

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

Si usted o su Profesional de atención médica cree que su salud, su vida o su capacidad de recuperar una funcionalidad óptima pueden estar en riesgo al esperar 30 días calendario, usted o su Profesional de atención médica puede solicitar una Apelación Interna Acelerada (rápida). Si su Profesional de atención médica solicita una Apelación Interna Acelerada (rápida), concederemos esa solicitud a menos que no esté relacionada con su afección de salud. Si su Apelación Interna es acelerada (rápida), tomaremos la decisión en un plazo de 72 horas de su solicitud de Apelación Interna Acelerada (rápida). El plazo para tomar decisiones de Apelación Interna Acelerada (rápida) puede extenderse hasta por 14 días calendario si usted o su Representante de Apelaciones solicita la extensión. También podemos extender el plazo nosotros hasta por 14 días calendario si justificamos que la extensión es beneficiosa para usted y que se necesita información adicional que se espera recibir, de manera razonable, dentro del plazo extendido y que es probable que dicha información lleve a la aprobación de la solicitud. Si elegimos hacer una extensión, se lo notificaremos a usted y a su Representante de Apelaciones por escrito. Si usted o su Representante de Apelaciones está inconforme con nuestra decisión de extender nuestro tiempo de respuesta, usted o su Representante de Apelaciones puede presentar un Reclamo ante BeHealthy Partnership visitando o escribiendo a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department (Departamento de Reclamos y Apelaciones)
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

También puede llamar a los Servicios para Miembros de HNE al número que se encuentra en la página 5.

Sin embargo, si su solicitud de Apelación Interna Acelerada (rápida) no la presenta o no la apoya un Profesional de atención médica, un médico decidirá si es necesaria la Apelación Interna Acelerada (rápida):

- Un médico de BeHealthy Partnership tomará la decisión sobre servicios médicos
- Un médico de MBHP tomará la decisión sobre servicios de Salud Conductual

Si decidimos que no es necesaria una Apelación Interna Acelerada (rápida), les informaremos a usted y a su Representante de Apelaciones acerca de la decisión por teléfono y les enviaremos un aviso por escrito en el plazo de dos días calendario. Su Apelación Interna se procesará según los plazos de Apelaciones Internas estándares descritos con anterioridad. Si usted o su Representante de Apelaciones no está de acuerdo con nuestra decisión de no acelerar (procesar con rapidez) su Apelación Interna, usted o su Representante de Apelaciones pueden presentar un Reclamo visitando o escribiendo a:

HNE BeHealthy Partnership
Complaints and Appeals Department (Departamento de Reclamos y Apelaciones)
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144

Usted o su Representante de Apelaciones también pueden llamar a los Servicios para Miembros de HNE al número que se encuentra en la página 5.

¿Puedo proporcionar información adicional para que BeHealthy Partnership o MBHP analicen durante una Apelación Interna Acelerada (rápida)?

Sí. Usted o su Representante de Apelaciones puede 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 Apelaciones desea extender el plazo de Apelación Interna Acelerada (rápida) de 72 horas para presentar información adicional, puede hacerlo por 14 días calendario más.

¿Cómo me entero de la decisión sobre mi Apelación Interna Acelerada (rápida)?

Nos comunicaremos por teléfono con usted y su Representante de Apelaciones sobre nuestra decisión y se la

enviaremos por escrito dentro de las 72 horas de su solicitud, a menos que se haya hecho una extensión, como se mencionó anteriormente.

¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la decisión sobre mi Apelación Interna o mi Apelación Interna Acelerada (rápida)?

Si usted o su Representante de Apelaciones no está satisfecho con la decisión sobre su Apelación Interna o Apelación Interna Acelerada (rápida), usted o su Representante de Apelaciones pueden solicitar que la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid revisen su Apelación (refiérase a "¿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 tiempo y forma?

Si no respondemos a su Apelación Interna dentro de los plazos mencionados con anterioridad, usted o su Representante de Apelaciones pueden presentar una Apelación ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid (refiérase a "¿Cómo presento mi Apelación ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid?"). La Junta de Audiencias debe recibir su solicitud de Apelación dentro de los 120 días calendario de la fecha en la que debimos haber informado a usted y a su Representante de Apelaciones sobre nuestra decisión o dentro de los 20 días calendario si su Apelación era una Apelación Interna Acelerada (rápida) y usted o su Representante de Apelaciones quieren que la Junta de Audiencias tome una decisión acelerada (rápida) también.

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

Si usted o su Representante de Apelaciones desean que la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid revise su Apelación, usted y su Representante de Apelaciones deben completar el formulario "Solicitud de audiencia imparcial" que les facilitaremos. Usted o su Representante de Apelaciones debe enviar este formulario por correo a la Junta de Audiencias dentro de los 120 días calendario de la decisión que está apelando o dentro de los 20 días calendario si su Apelación era una Apelación Interna Acelerada (rápida) y usted desea que la Junta de Audiencias tome una decisión acelerada (rápida) también. Comuníquese con BeHealthy Partnership si usted o su Representante de Apelaciones necesitan ayuda para completar el formulario "Solicitud de audiencia imparcial".

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

Usted puede seguir recibiendo los servicios que están sujetos a su Apelación ante la Junta de Audiencias, siempre y cuando usted o su Representante de Apelaciones presenten su solicitud de Apelaciones ante la Junta de Audiencias dentro de los diez días calendario de la recepción de nuestra decisión sobre su Apelación Interna. Puede elegir no seguir recibiendo servicios durante su Apelación ante la Junta de Audiencias.

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

Un Representante de Apelaciones de su elección puede representarlo ante la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid a su cargo. Para hacerlo, debe completar la sección Representante de Apelaciones del formulario "Solicitud de audiencia imparcial". Si necesita un intérprete que lo represente, infórmelo a la Junta de Audiencias.

Si la Junta de Audiencias falla a mi favor, ¿qué sucede después?

BeHealthy Partnership acatará la decisión que tomó la Junta de Audiencias y, si la Apelación se aprueba, cubriremos el servicio o procedimiento que esté sujeto a la Apelación.

Cuando usted tiene otra cobertura

Debe decirnos si tiene otra cobertura de seguro de salud además de MassHealth. También debe informarnos siempre que se produzca cualquier cambio en su cobertura de seguro adicional. Los tipos de seguro adicional que puede tener son:

- Cobertura de seguro colectivo de salud de un empleador, para empleados o jubilados, ya sea para usted o su cónyuge
- Cobertura conforme a indemnización por accidente laboral debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo
- Cobertura por un accidente en el que intervenga un seguro sin culpa o un seguro de responsabilidad civil
- Cobertura mediante beneficios de veteranos
- “Continuación de cobertura” por medio de COBRA (COBRA es una ley que exige que los empleadores con 20 empleados o más permitan que los empleados y sus Dependientes mantengan su cobertura colectiva de salud durante un tiempo después de haber abandonado el plan colectivo de salud según determinadas condiciones)

BeHealthy Partnership es el pagador en última instancia de pagos de servicios médicos que involucren la Coordinación de Beneficios y responsabilidad de terceros o Subrogación.

Cuando tiene otra cobertura de seguro de salud, trabajamos con su otra aseguradora para coordinar sus beneficios de BeHealthy Partnership. La forma en la que trabajamos con las otras compañías depende de su situación. El proceso se llama Coordinación de Beneficios. Mediante esta Coordinación de Beneficios, con frecuencia recibirá su cobertura de seguro de salud como siempre con nosotros. Si tiene otro seguro de salud, nuestra cobertura siempre será secundaria cuando el otro plan le brinde cobertura de atención médica, a menos que la ley estipule algo diferente. En otras situaciones, como aquella atención que no cubrimos, otra aseguradora distinta a nosotros podrá darle cobertura. Si tiene seguro de salud adicional, llámenos al número que figura en la página 5 de este Manual para Miembros para averiguar de qué manera se manejará el pago.

Si tiene seguro de salud integral con otro plan de salud, incluso Medicare, no puede recibir beneficios de MassHealth de Organizaciones de Atención Responsable (ACO), incluida BeHealthy Partnership. Si está dentro de esta categoría, MassHealth lo desafiliará de BeHealthy Partnership. MassHealth le notificará al respecto.

Coordinación de Beneficios

Cuando tiene otra cobertura de seguro de salud, trabajamos con su otra aseguradora para coordinar sus beneficios de BeHealthy Partnership. La forma en la que trabajamos con las otras compañías depende de su situación. Este proceso se llama "Coordinación de Beneficios". Mediante esta Coordinación de Beneficios, con frecuencia recibirá su cobertura de seguro de salud como siempre con nosotros. Si tiene otro seguro de salud, nuestra cobertura siempre será secundaria cuando el otro plan le brinde cobertura de atención médica, a menos que la ley estipule algo diferente. En otras situaciones, como aquella atención que no cubrimos, otra aseguradora distinta a nosotros podrá darle cobertura. Si tiene seguro de salud adicional, llámenos al número que figura al pie de estas páginas y en la página 5 para averiguar de qué manera se manejará el pago.

Si tiene seguro de salud integral con otro plan de salud, incluso Medicare, no puede recibir beneficios de MassHealth de Organizaciones de Atención Responsable (ACO), incluida BeHealthy Partnership. Si está dentro de esta categoría, MassHealth lo desafiliará de BeHealthy Partnership. MassHealth le notificará al respecto.

BeHealthy Partnership trabaja con MassHealth para coordinar la cobertura y el pago de los servicios de atención médica. El proceso de Coordinación de Beneficios combina los registros comerciales con los registros de Inscripción de MassHealth. Este proceso se usa para identificar a los Miembros que tienen cobertura de otra aseguradora. Algunos ejemplos de otras aseguradoras incluyen, entre otros:

- Seguro de automóviles

- 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 algunos de los costos, o todos, de la atención médica del Miembro de parte de otra fuente, cuando corresponde. Por ejemplo:

- El seguro de automóvil o de propietario de vivienda del Miembro
- El seguro de automóvil o de propietario de vivienda de una persona que ocasionó la enfermedad o lesión del Miembro
- Compensación del trabajador

Si una aseguradora que no sea BeHealthy Partnership es responsable, o puede ser responsable, de pagar por los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, BeHealthy Partnership tiene derecho de pedirle a la aseguradora que pague el reembolso de todos los costos de atención médica.

Si usted se lesiona por acto u omisión de otra persona, sus beneficios de BeHealthy Partnership serán subrogados. Esto significa que podemos hacer uso de su derecho de recuperar el dinero de parte de la persona que ocasionó la lesión o de parte de cualquier compañía de seguros u otra parte. Si otra persona o tercero es, o puede ser, responsable de pagar los servicios relacionados con su enfermedad o lesión que hayamos pagado o prestado, nos subrogaremos y asumiremos todos sus derechos para recuperar el 100 % del valor de los servicios que pagamos o prestamos de parte de dicha persona o tercero.

Su Profesional de atención médica debe presentar todas las Reclamaciones en las que se incurrió como resultado de todo caso de Subrogación antes de cualquier acuerdo. Podemos rechazar aquellas Reclamaciones de servicios prestados antes del acuerdo que su Profesional de atención médica no presente antes de que se llegue al acuerdo.

En el caso de que otra parte reembolse cualquier gasto médico que paguemos, tenemos derecho a recuperar de parte de usted el 100 % del importe que obtuvo por dichos servicios que pagamos. Del importe que nos debe devolver no se deducirán honorarios de abogados ni gastos en los que haya incurrido.

Para hacer valer nuestros derechos de Subrogación conforme a este Manual para Miembros, tendremos el derecho de tomar medidas legales, con o sin su consentimiento, contra cualquier tercero para recuperar el valor de los servicios que prestamos o cubrimos de los cuales dicho tercero es, o puede ser, responsable. Ninguna parte de este Manual se interpretará como una limitación de nuestro derecho de usar todo recurso provisto por ley para hacer valer nuestros derechos de Subrogación conforme a este Manual para Miembros.

Exigimos que cumpla con todos los requerimientos de Autorización Previa incluso cuando haya responsabilidad de terceros. La autorización no es una garantía de pago.

Derecho de reembolso

Si un Miembro recupera dinero como resultado de una demanda o acuerdo relacionado con una enfermedad o lesión, BeHealthy Partnership puede exigir que el Miembro devuelva el costo de los servicios de atención médica y los suministros por los que BeHealthy Partnership pagó. BeHealthy Partnership no puede exigir la devolución del pago más allá de la suma total que recuperó el Miembro.

Como Miembro de BeHealthy Partnership, usted acepta:

- Informar a BeHealthy Partnership sobre cualquier evento que pueda afectar los derechos de Subrogación o Reembolso de BeHealthy Partnership
- Cooperar con BeHealthy Partnership cuando BeHealthy Partnership pida información y asistencia con la Coordinación de Beneficios, la Subrogación o el Reembolso
- Firmar documentos que ayuden a BeHealthy Partnership con sus derechos de Subrogación o Reembolso

- Autorizar a BeHealthy Partnership a investigar, solicitar y divulgar la información que sea necesaria para llevar a cabo la Coordinación de Beneficios, la Subrogación y el Reembolso hasta el grado que lo permita la ley

Accidentes de automóvil o lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo

Si sufre un accidente vehicular, deberá usar toda la cobertura médica de la aseguradora de su automóvil (incluso la cobertura de protección contra lesiones personales [*personal injury protection*, PIP] o la cobertura de gastos médicos) antes de que evaluemos pagar algunos de sus gastos. Debe enviarnos todos los detalles del pago o las cartas de denegación de la aseguradora del automóvil para que evaluemos pagar una Reclamación que nos envíe su Profesional.

En el caso de una lesión o enfermedad laboral, la aseguradora de compensación del trabajador será responsable de dichos gastos primero. Debe enviarnos todos los detalles del pago o las cartas de denegación de la aseguradora del automóvil para que evaluemos pagar una Reclamación que nos envíe su Profesional.

Cooperación de los Miembros

Como Miembro de BeHealthy Partnership, usted acepta cooperar con nosotros para ejercer nuestros derechos de Subrogación y Coordinación de Beneficios. Esto significa que debe completar y firmar todos los documentos necesarios que nos ayuden a ejercer nuestros derechos. Esto también significa que debe avisarnos antes de resolver cualquier Reclamación que surja de lesiones que usted sufrió por parte de cualquier parte o partes responsables para las cuales brindamos cobertura. No debe hacer nada que limite nuestro derecho a obtener el reembolso total. Estas disposiciones de Subrogación y recuperación corresponden incluso si usted es menor.

Le pedimos que:

- Nos dé toda la información y documentos que solicitemos
- Firme todos los documentos que pensamos que son necesarios para proteger nuestros derechos
- Nos dé a la brevedad el dinero que obtuvo por servicios que hemos prestado o por los cuales hemos pagado
- Nos informe de inmediato sobre cualquier posible Subrogación o Coordinación de Beneficios potencial

También debe aceptar no hacer nada que perjudique o interfiera con nuestros derechos de Subrogación o Coordinación de Beneficios. Ninguna parte de este Manual para Miembros se podrá interpretar como una limitación de nuestro derecho de usar todos los medios provistos por ley para hacer valer nuestros derechos de Subrogación o Coordinación de Beneficios conforme a este plan.

GLOSARIO

Organización de atención responsable (*Accountable Care Organization,* ACO)

Grupo de médicos de cabecera y otros profesionales que están a cargo de brindar atención de calidad y de ayudarlo a satisfacer sus necesidades de atención médica. En una ACO, su Médico de Cabecera y su equipo trabajan con usted y con la red de profesionales de la ACO para conectarlo con los servicios y apoyos en el momento y lugar adecuados.

Instrucción Anticipada
Algo que usted redacta o firma donde declara quién le gustaría que tome decisiones de atención médica por usted y qué tratamiento de atención médica usted quiere o no si se enferma o se lesiona y no puede hablar ni escribir. Es una declaración escrita que le dice al Profesional qué hacer en caso de que una enfermedad o accidente le quite la capacidad al Miembro de tomar decisiones sobre su atención médica.

Medida Adversa
Las siguientes medidas o falta de medidas por parte de BeHealthy Partnership:

- Negar o limitar la cobertura de un servicio de atención médica solicitado
- Reducir o interrumpir la cobertura de un servicio que había sido aprobado con anterioridad
- Denegación del pago de un servicio porque no era Médicamente Necesario
- No responder a una solicitud de Autorización en tiempo y forma, tal como se detalla en la sección "*Autorización Previa"*
- El Miembro no puede recibir tratamiento médico de un Profesional de BeHealthy Partnership o MBHP en tiempo y forma, tal como se detalla en la sección "*Sus profesionales de atención médica*"
- No resolver una solicitud de Apelación dentro de los plazos descritos en la sección "*Preocupaciones, consultas, reclamos y apelaciones*"

Apelación
La solicitud por parte de un Miembro de MassHealth o Representante de Apelaciones a BeHealthy Partnership o, para los servicios de Salud Conductual, a MBHP o a la Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid para la revisión de una Medida Adversa.

Representante de Apelaciones
Cualquier persona que HNE pueda documentar que ha sido autorizada por uno de los Miembros por escrito para actuar en nombre de dicho Miembro con respecto a todos los aspectos de un Reclamo, Apelación Interna o Apelación ante la Junta de Audiencias. HNE debe permitir que el Miembro dé una autorización permanente a un Representante de Apelaciones para actuar en su nombre para todos los Reclamos y Apelaciones Internas. Dicha autorización permanente se debe hacer por escrito según los procedimientos de HNE y puede ser revocada por el Miembro en cualquier momento. Cuando un menor es capaz, según la ley, de dar consentimiento a un procedimiento médico, ese menor puede solicitar la Apelación de la denegación de dicho tratamiento sin el consentimiento del padre o tutor y designar un Representante de Apelaciones sin el consentimiento del padre o tutor.

Autorización (consulte Autorización Previa)
Aprobación especial por parte de BeHealthy Partnership para el pago de ciertos servicios que se realiza antes de recibir dichos servicios.

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

BeHealthy Partnership
Su plan de salud de MassHealth. BeHealthy Partnership está compuesto por Baystate Health Care Alliance y HNE. El objetivo es ser su socio en la atención médica, donde el foco está en su bienestar general y en el de su

familia. BeHealthy Partnership incluye Médicos de Cabecera ubicados en centros de salud cercanos en Springfield, Massachusetts (Baystate Brightwood Health Center, Baystate Family Medicine Northampton, Baystate General Pediatrics, Baystate High Street Health Center Adult, Baystate Mason Square Neighborhood Health, Baystate Palmer Primary Care, Baystate Primary Care Longmeadow, BMP Greenfield Family Medicine, BMP Northern Edge Adult and Pediatric Medicine, BMP Quabbin Adult Medicine Belchertown, BMP Quabbin Pediatrics, BMP South Hadley Adult Medicine, BMP Westside Adult Medicine, BMP Wilbraham Adult Medicine, Noble Primary Care Feeding Hills, Noble Primary Care Union Street Westfield).

Junta de Audiencias
La Junta de la Oficina de Medicaid que está disponible para revisar una Apelación una vez que ha completado la Apelación Interna. La Junta de Audiencias de Medicaid es independiente de BeHealthy Partnership.

Apelación ante la Junta de Audiencias (*Board of Hearings*, BOH)
La solicitud escrita de un Miembro o Representante de Apelaciones ante la Junta de Audiencias, para que revise lo apropiado de una decisión de Apelación Interna Definitiva por parte de BeHealthy Partnership.

Administración de la Atención
Programa que ayuda a los Miembros a satisfacer las necesidades médicas o de Salud Conductual que incluyen educación y capacitación, así como la coordinación de la atención entre los Profesionales involucrados hasta que se cumplan los objetivos.

Evaluación de Necesidades de Atención (*Care Needs Screening*, CNS)
El resumen de sus antecedentes de salud y sus preocupaciones actuales que se lleva a cabo cuando se une al plan. También se lo llama Evaluación de Gestión de Riesgos (*Health Risk Assessment,* HRA).

Iniciativa de Salud Conductual para Niños (*Children's Behavioral Health Initiative*, CBHI)
El emprendimiento interagencial de EOHHS y MassHealth cuya misión es fortalecer, ampliar e integrar los servicios de Salud Conductual para los Miembros menores de 21 años en un sistema integral de atención basada en la comunidad y culturalmente competente.

Reclamación
La factura de un Profesional que describe los servicios que han sido prestados para el Miembro.

Administración de la Atención Compleja
La implementación de determinados servicios de Administración de la Atención a Miembros con necesidades de atención médica complejas (físicas, conductuales o sociales). Estos Miembros en general tienen comorbilidades y necesidades psicosociales que pueden disminuir de manera significativa su calidad de vida, así como su capacidad de cumplir con los planes de tratamiento diseñados por sus Profesionales. Los Miembros que se encuentran en programas de Administración de la Atención Compleja en general reciben información individualizada según sus necesidades y nivel de preparación con el objetivo de evitar la necesidad de servicios médicos más intensivos.

Continuidad de la Atención
HNE podrá seguir cubriendo los servicios que recibe de un Profesional que no esté en la Red de BeHealthy Partnership. Consulte la sección "*Los beneficios de BeHealthy Partnership"* para más detalles.

Coordinación de Beneficios
Se necesita cuando el pago de los servicios puede ser responsabilidad de alguien distinto de BeHealthy Partnership, por ejemplo, del seguro de automóvil o de la compensación del trabajador. Consulte la sección "*Cuando usted tiene otra cobertura".*

Copagos
El importe que debe pagar por Servicios Cubiertos o recetas. Tenga en cuenta que el importe de su Copago puede ser $0. La lista de Servicios Cubiertos incluida al final de este Manual describe estos importes.

Servicios Cubiertos
Los servicios y suministros cubiertos por BeHealthy Partnership y MassHealth, descritos en la lista de Servicios

Cubiertos que se encuentra al final de este Manual.

Dependiente
Una persona que obtiene cobertura de salud por medio de otra persona, como un cónyuge, padre o abuelo.

Desafiliación
El proceso por el cual finaliza la cobertura de BeHealthy Partnership del Miembro.

Manejo de la Enfermedad
Sistema de intervenciones y comunicaciones coordinadas de atención médica para poblaciones con afecciones en las que los esfuerzos de cuidado personal del paciente son importantes. Es el proceso de reducir los costos de la atención médica o mejorar la calidad de vida de las personas al prevenir o minimizar los efectos de una enfermedad, en general una afección crónica mediante atención integral.

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (*Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment Services,* EPSDT)
Servicios de atención y tratamiento preventivos que presta un Médico de Cabecera de forma periódica a Miembros inscritos en Standard/CommonHealth. La periodicidad se determina según la edad en la que cada procedimiento se tiene que prestar e incluye evaluación completa (por ej. evaluaciones de salud), coordinación de los servicios, intervención de crisis y servicios domiciliarios.

Fecha de Entrada en Vigencia
La fecha en la que una persona comienza a ser Miembro de BeHealthy Partnership y es elegible para los Beneficios Cubiertos.

Elegibilidad
Reunir todos los criterios necesarios para obtener cobertura de BeHealthy Partnership.

Emergencias
Una afección médica, sea física o mental, que se manifiesta mediante síntomas de una gravedad suficiente, lo que incluye dolor intenso, por la que una persona prudente sin conocimiento específico consideraría que la ausencia de atención médica inmediata podría poner en riesgo la salud del asegurado o de otra persona, provocar una discapacidad grave de una función corporal o deficiencia grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada, poner en grave riesgo la salud física o mental de la asegurada o de su hijo nonato. Con respecto a mujeres embarazadas con contracciones, una Emergencia también implica no tener tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o una amenaza a la seguridad de la Miembro o de su hijo nonato en caso de traslado a otro hospital antes del parto.

Profesionales del Programa de Servicios de Emergencias (ESP)
Profesionales que prestan evaluaciones de Salud Conductual de Emergencias, servicios de Emergencias y servicios de crisis y estabilización de Emergencias. Los Programas de Servicios de Emergencias le brindan la forma de obtener estos servicios 24 horas al día, siete días a la semana. Si piensa que necesita ir a un Programa de Servicios de Emergencias, puede llamar a uno usted mismo. El Directorio de Profesionales de BeHealthy Partnership detalla los Profesionales de los Programas de Servicios de Emergencias (ESP) de todas las áreas del estado. También puede llamar a los números gratuitos de BeHealthy Partnership y MBHP al número que se encuentra en la página 5.

Inscripción
El proceso por el cual HNE registra a las personas para la membresía de BeHealthy Partnership.

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

Apelación Interna Acelerada (rápida)
Proceso de Apelaciones de setenta y dos (72) horas.

Servicios de Planificación Familiar

Servicios directamente relacionados con la prevención del embarazo. Los servicios incluyen: orientación con respecto a métodos anticonceptivos, educación sobre Planificación Familiar, exámenes y tratamiento, exámenes y análisis de laboratorio, métodos y procedimientos aprobados desde el punto de vista médico, suministros y dispositivos de farmacia, esterilización, incluso ligadura de trompas y vasectomía. (El aborto no es un servicio de Planificación Familiar).

Formulario
Lista de medicamentos recetados con cobertura. Los formularios se basan en las evaluaciones de eficacia, seguridad y relación costo-eficacia de los medicamentos.

Fraude
La instancia donde alguien intenta recibir servicios o pago por servicios a los cuales no tiene derecho conforme a MassHealth. Consulte "*Derechos y responsabilidades de los Miembros*" para más detalles.

Reclamo
La declaración de desconformidad de un Miembro con respecto a la atención o los servicios recibidos.

Apoderado para la Atención Médica
La persona responsable de tomar decisiones de atención médica en lugar de una persona en el caso de incapacidad de esa persona.

Línea de Información de Salud
La conexión telefónica de BeHealthy Partnership con un enfermero titulado que brinda asesoramiento médico 24 horas al día, siete días a la semana. El número de teléfono está publicado en la página 5.

Health New England (HNE)
HNE, Inc. es una organización de mantenimiento de la salud autorizada en el estado de Massachusetts. HNE es responsable de administrar los beneficios conforme al Plan BeHealthy Partnership. HNE puede contratar otras agencias para administrar ciertos beneficios, por ejemplo, MBHP para servicios de Salud Conductual. Ver la definición de MBHP a continuación.

Hospitalización
Servicios que requieren al menos una noche de estadía y que en general se prestan en instalaciones como hospitales y centros de enfermería especializados.

Coordinación de Cuidados Intensivos (*Intensive Care Coordination*, ICC):
Servicio que ayuda a la planificación y coordinación de los servicios para jóvenes con trastornos emocionales graves (SED), menores de 21 años, e inscritos en MassHealth Standard o CommonHealth. La planificación de la atención se orienta a las necesidades de los jóvenes y se desarrolla mediante los servicios integrales de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños (CBHI). El proceso de planificación de la atención de ICC se asegura de que un coordinador de la atención organice y combine la atención entre Profesionales y sistemas de servicios para niños para que se pueda prestar servicio a la juventud en su comunidad de origen.

Manejo Clínico Intensivo (ICM)
El programa que coordina todos los Servicios Cubiertos para los Miembros que tienen necesidades de Salud Conductual y es posible que tengan que ir muchas veces al hospital. También le brinda el apoyo que necesite. Los administradores de la atención trabajan con usted y sus Profesionales para coordinar sus servicios de Salud Conductual y su atención médica. Nuestros objetivos son ayudarlos a evitar una crisis y a vivir en la comunidad. El programa ICM es voluntario, en general a corto plazo, diseñado para ser flexible por naturaleza, de modo de satisfacer las necesidades individuales de los Miembros.

Apelación Interna
Una solicitud por parte de un Miembro de MassHealth o Representante de Apelaciones a BeHealthy Partnership o, para los servicios de Salud Conductual, a MBHP para la revisión de una Medida Adversa.

Consulta
Toda pregunta oral o escrita de un Miembro al Departamento de Servicios para Miembros de HNE acerca de un aspecto de las operaciones de HNE que no exprese inconformidad sobre el plan.

Testamento Vital
La directiva anticipada que puede usar una persona para señalar sus deseos de atención médica en el caso de que no pueda comunicarlos por sí misma.

Atención Administrada
El sistema de prestación de atención médica que un Médico de Cabecera provee y coordina. El objetivo es un sistema que entregue valor al brindar acceso a atención médica económica y de calidad.

MassHealth
Programa de atención médica operado por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts. El programa de seguro médico nacional conocido como Medicaid se llama MassHealth en Massachusetts. BeHealthy Partnership cubre a los Miembros de MassHealth conforme a los planes Standard, CarePlus y Family Assistance.

MassHealth CarePlus
El plan de beneficios de MassHealth que ofrece una amplia gama de beneficios de salud a ciertos Miembros elegibles de entre 21 y 64 años de edad.

MassHealth CommonHealth
El 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 entre 18 y 64 años de edad.

MassHealth Family Assistance
Plan de beneficios de MassHealth que ofrece beneficios de salud a ciertos Miembros elegibles, incluso familias y niños menores de 18 años.

MassHealth Standard
El plan de beneficios de MassHealth que ofrece una amplia gama de beneficios de salud a ciertos Miembros elegibles, incluso familias, niños menores de 18 años, mujeres embarazadas y personas discapacitadas menores de 65 años.

Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP)
La organización contratada por BeHealthy Partnership para administrar los Servicios Cubiertos de trastornos por consumo de sustancias y salud mental de BeHealthy Partnership, cuando sean Médicamente Necesarios.

Servicios Médicamente Necesarios
Los servicios: (1) razonablemente estimados para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones de los Miembros que hagan peligrar la vida, ocasionen sufrimiento o dolor, provoquen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con ocasionar o agravar una discapacidad o lleven a la enfermedad o a la invalidez; (2) que no dispongan de servicio médico comparable o centro de prestación de servicios más conservador o menos costoso o adecuado para el Miembro que solicita el servicio; y (3) que sean de una calidad que cumpla los estándares de atención médica generalmente aceptados.

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

Miembro
Persona inscrita en BeHealthy Partnership y MassHealth.

Manual para Miembros
Este documento, que incluye la lista de sus Servicios Cubiertos específicos (CarePlus, CommonHealth, Family Assistance o Standard) y explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer 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 para Miembros incluye el número de identificación del Miembro y la información sobre su cobertura. Se debe mostrar la

Tarjeta para Miembros a los Profesionales 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 para Miembros incluye el número de identificación del Miembro y la información sobre su cobertura. Se debe mostrar la Tarjeta para Miembros a los Profesionales antes de recibir los servicios.

Red
Grupo de Profesionales contratados por HNE para brindar servicios de atención médica a Miembros de BeHealthy Partnership.

Fuera de la Red
Cualquier Profesional que no sea parte de la Red de BeHealthy Partnership.

Programas de Farmacia
Programas que brindan procedimientos de administración farmacéutica de amplio alcance diseñados para mejorar la calidad de la atención y la gestión del uso para nuestros clientes. Estos programas se basan en criterios clínicos, hallazgos basados en evidencia y colaboración de profesionales expertos. Los programas incluyen las funciones de gestión del uso para la administración del formulario y las iniciativas de calidad para mejorar la atención clínica y la seguridad del paciente.

Atención Posterior a la Estabilización
Servicios Médicamente Necesarios relacionados con una afección médica o de Salud Conductual de Emergencias, que se prestan después de que la afección de la persona está lo suficientemente estabilizada para mantener, mejorar o resolver la afección de la persona, de modo que la persona pueda ser dada de alta de forma segura o trasladada a otra ubicación.

Servicios de Evaluación y Diagnóstico de Atención Médica Pediátrica de Prevención
Servicios cubiertos por BeHealthy Partnership para niños menores de 21 años inscritos en los planes Family Assistance y CarePlus. Consulte la sección "*Los beneficios de BeHealthy Partnership*" para obtener más información.

Médico de Cabecera
Un médico de atención primaria o enfermero especializado seleccionado por el Miembro o asignado por BeHealthy Partnership para atender y coordinar las necesidades de atención médica del Miembro. Otros Profesionales de atención médica, como enfermeros titulados, enfermeros especializados, asistentes médicos o enfermeras parteras, que actúan en nombre de un Médico de Cabecera, y en consulta con este, pueden proveer servicios de atención primaria.

Autorización Previa
Permiso de BeHealthy Partnership para recibir un servicio antes de que sea prestado.

Información de Salud Protegida (*protected health information*, PHI)
Información sobre usted, incluida su información demográfica, que se puede usar para su identificación y que se refiere a su salud o afecciones físicas o mentales pasadas, presentes o futuras o que se puede usar para proporcionar su atención médica o para el pago de esa atención.

Profesional
Profesional o centro de atención médica autorizado de acuerdo a la ley estatal. Los Profesionales incluyen médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, centros de enfermería especializada, enfermeros especializados, enfermeros titulados, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros de salud mental autorizados, Especialistas clínicos en psiquiatría y enfermería para salud mental y otros. BeHealthy Partnership cubrirá los servicios de un Profesional si esos servicios son Beneficios Cubiertos y están dentro del alcance de la autorización del Profesional.

Directorio de Profesionales
El libro que contiene la lista de los centros y profesionales médicos afiliados a BeHealthy Partnership, incluidos

Médicos de Cabecera, Especialistas y Profesionales de Salud Conductual.

Aseguramiento de la Calidad
El programa que usa BeHealthy Partnership para revisar los servicios clínicos de modo de asegurarse de que sean adecuados y que cumplan los estándares establecidos. Consulte la sección *"Programas para mantener la calidad y los servicios adecuados"* para más información.

Referido
La recomendación de un Médico de Cabecera para que un Miembro reciba atención de otro Profesional. BeHealthy Partnership no requiere Referidos para los servicios de Especialistas prestados por Profesionales de la Red de BeHealthy Partnership.

Atención de Rutina
Atención que no es atención de Urgencia o de Emergencias. Algunos ejemplos de Atención de Rutina son los exámenes físicos y las consultas para chequeo médico de rutina.

Segunda Opinión
La consulta con un segundo Profesional cuando el Miembro no está seguro de un servicio o procedimiento, prueba o tratamiento propuesto, o cuando el Miembro ha recibido información contradictoria sobre un diagnóstico.

Área de Servicios
El área geográfica aprobada por MassHealth dentro de la cual BeHealthy Partnership ha construido una Red de Profesionales para proveer acceso adecuado a los Servicios Cubiertos a los Miembros de BeHealthy Partnership. El Área de Servicios de BeHealthy Partnership incluye Northampton, Holyoke, Springfield y Westfield.

Especialista
Profesional capacitado y certificado por el estado de Massachusetts que provee servicios especializados. Algunos ejemplos son: cardiólogos (médicos del corazón), obstetras y dermatólogos (médicos de la piel).

Subrogación
Proceso por el cual BeHealthy Partnership recupera algunos de los costos, o todos, de la atención médica del Miembro de otra fuente, cuando corresponde. Consulte "*Cuando usted tiene otra cobertura"* para más información.

Atención de Urgencia
Atención médica que se necesita de inmediato para evitar el daño a la salud por síntomas, que una persona con conocimiento promedio de salud creería que no es una Emergencia, pero que sí requiere atención médica. La Atención de Urgencia no incluye Atención de Rutina.

Revisión del Uso
Revisión antes, durante o después del servicio para determinar la Necesidad Médica.

Gestión del Uso
Proceso de evaluación para determinar la cobertura así como la pertinencia y la Necesidad Médica de servicios médicos y de Salud Conductual.

Covered Services List for BeHealthy Partnership Members with Standard & MassHealth CommonHealth Coverage

Overview

The following table is an overview of the covered services and benefits for BeHealthy Partnership Standard and CommonHealth members enrolled in a Primary Care Accountable Care Organization (PCACO) or the Primary Care Clinician (PCC) Plan. All services and benefits are covered directly by BeHealthy Partnership, except for behavioral health services, which are covered by the MassHealth behavioral health services contractor, the Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP).

The table also shows whether each service requires a referral (approval from your primary care clinician (PCC) or primary care provider (PCP)), prior authorization (permission from BeHealthy Partnership or one of our vendors), or both to receive the service. There is more information about prior authorizations and referrals in your member handbook. Before you receive some services, providers may ask for information related to your health care needs to determine if the service is appropriate and to register you for the service with your health plan (if required).

All services and benefits are covered directly by BeHealthy Partnership, except certain services are covered directly by MassHealth that we have indicated with an asterisk (*). BeHealthy Partnership will still coordinate these services for you.

You can call the BeHealthy Partnership Customer Service Center for more information about services and benefits or to ask questions at (800) 786-9999 or TTY at (711) for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled. You can also contact MassHealth Customer Service Center for more information about services and benefits or to ask questions at (800) 841-2900 or TTY at (800) 497-4648 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.

- For questions about behavioral health services, please call MBHP at (800) 495-0086 or TTY at (617) 790-4130 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.
- For more information about the pharmacy covered service, go to the MassHealth Drug List at www.mass.gov/druglist.
- For questions about dental services, please call (800) 207-5019 or TTY at (800) 466-7566 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled or go to www.masshealth-dental.net.

Please keep in mind that MassHealth covered services and benefits change from time to time and flexibilities may be available because of COVID-19. This Covered Services List is for your general information only and should not serve as a sole resource for determining coverage (for example, there may be limits to what is covered for a service). MassHealth regulations control the covered services and benefits available to you. To access MassHealth regulations:

- go to MassHealth's website at www.mass.gov/masshealth or
- call the MassHealth Customer Service Center at (800) 841-2900 or TTY at (800) 497-4648 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled Monday through Friday from 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Emergency Services		
Emergency Inpatient and Outpatient Services	No	No
Medical Services		
Abortion Services	No	No
Acupuncture Treatment – For use for pain relief or anesthesia	No	No
Acute Inpatient Hospital Services – Includes all inpatient services in an acute hospital, such as daily physician intervention, surgery, obstetrics, behavioral health, radiology, laboratory, and other diagnostic and treatment procedures. (May require pre-screening.)	No	No
Acute Outpatient Hospital Services – Services in a hospital's outpatient department or satellite clinic. They are generally provided, directed, or ordered by a physician. Services include specialty care, observation services, day surgery, diagnostic services, and rehabilitation services.	Yes	No
Adult Day Health Services – Center-based services, offered by DPH licensed adult day health providers, have the general goal of meeting activities of daily living (ADLs) and/or skilled nursing and therapeutic needs and may include: • Nursing services and health oversight • Nutritional or dietary services • Care management and social service advocacy and support • Counseling activities • Transportation	Yes	No
Adult Foster Care (AFC) Services– Community-based services provided to members 16 and older by a live-in caregiver that meet member's need for assistance with: • Activities of daily living (ADLs) and • Instrumental activities of daily living (IADLs). • Nursing oversight and care management are provided by the AFC provider.	Yes	No
Ambulatory Surgery Services – Surgical, diagnostic, and medical services that provide diagnosis or treatment through operative procedures, including oral surgery, requiring general, local, or regional anesthesia to patients who do not require hospitalization or overnight services upon completion of the procedure, but who require constant medical supervision for a limited amount of time following the conclusion of the procedure.	Yes	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Audiologist (Hearing) Services – Services include, but are not limited to, testing related to the determination of hearing loss, evaluation for hearing aids, prescription for hearing-aid devices, and aural rehabilitation.	No	No
Chiropractic Services – Chiropractic manipulative treatment, office visits, and some radiology services (e.g., X-rays).	No	No
Chronic Disease and Rehabilitation Hospital (CDRH) Services – Services in a chronic disease hospital or rehabilitation hospital. After 100 days in a CDRH, you will be transferred from your plan to MassHealth fee-for-service to keep receiving CDRH services. [Note: Members who also receive Nursing Facility Services will be transferred after 100 days of combined CDRH and Nursing Facility Services.]	Yes	No
Community Health **Center** Services - Examples include: • Specialty office visits • OB/GYN services • Pediatric services, including Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) services • Medical social services • Nutrition services, including diabetes self-management training and medical nutrition therapy • Vaccines/immunizations • Health education	No	No
Day Habilitation Services – Center-based services for members with intellectual or developmental disabilities offered by a day habilitation provider may include: • Nursing services and health care supervision • Developmental skills training • Individualized activities or therapies • Assistance with activities of daily living (ADLs)	No	No
Diabetes Self-Management Training – Diabetes self-management training and education services furnished to an individual with pre-diabetes or diabetes by a physician or certain accredited qualified health care professionals (e.g., registered nurses, physician assistants, nurse practitioners, and licensed dieticians).	No	No
Dialysis Services – Medically necessary renal dialysis that includes all services, supplies, and routine laboratory tests; also includes training for home dialysis.	No	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Durable Medical Equipment (DME) – • Including but not limited to the purchase or rental of medical equipment, replacement parts, and repair for such items. • Enteral Nutritional Supplements (formula) and breast pumps (one per birth or as medically necessary) are covered under your DME benefit.	Yes	No
Early Intervention Services	No	No
Family Planning Services	No	No
Fluoride Varnish – Fluoride varnish applied by pediatricians and other qualified health care professionals (physician assistants, nurse practitioners, registered nurses, and licensed practical nurses) to members under age 21, during a pediatric preventive care visit.	No	No
Group Adult Foster Care (GAFC) – Community-based services, provided to members 22 or older by a GAFC direct care aide that meet member's need for assistance with: • Activities of daily living (ADLs) and • Instrumental activities of daily living (IADLs). • Nursing oversight and care management are provided by the GAFC provider.	No	No
Hearing Aid Services	Yes	No
Home Health Services – Skilled and supportive care services provided in the member's home to meet skilled care needs and associated activities of daily living to allow the member to safely stay in their home. Available services include skilled nursing, medication administration, home health aide, and occupational, physical, and speech/language therapy.	Yes	No
Hospice Services – Members should discuss with MassHealth or their health plan the options for receiving hospice services.	No	No
Infertility Services - Diagnosis of infertility and treatment of underlying medical condition.	Yes	No
Intensive Early Intervention Services – Provided to eligible children under three years of age who have a diagnosis of autism spectrum disorder.	Yes	No
Laboratory Services – All services necessary for the diagnosis, treatment, and prevention of disease, and for the maintenance of health.	Yes	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
MassHealth Coordinating Aligned, Relationship-centered, Enhanced Support (CARES) for Kids – a service that provides targeted case management services for high risk individuals under age 21 with medical complexity. MassHealth CARES for Kids provides comprehensive, high-touch care coordination for children and their families. This service is provided in certainprimary care or specialized settings where medically complex individuals under age 21 receive medical care. MassHealth CARES for Kids providers will serve as lead entities to coordinate prompt and individualized care across the health, educational, state agency, and social service systems.	No	No
Medical Nutritional Therapy – Nutritional, diagnostic, therapy and counseling services for the purpose of a medical condition that are furnished by a physician, licensed dietician, licensed dietician/nutritionist, or other accredited qualified health care professionals (e.g., registered nurses, physician assistants, and nurse practitioners).	No	No
Nursing Facility Services – Services in a nursing facility. After 100 days in a nursing facility, you will be transferred from your plan to MassHealth fee-for-service to keep receiving Nursing Facility Services. [Note: Members who also receive Chronic Disease Rehabilitation Hospital (CDRH) Services will be transferred after 100 days of combined CDRH and Nursing Facility Services.]	Yes	No
Orthotic Services – Braces (nondental) and other mechanical or molded devices to support or correct any defect of form or function of the human body.	Yes	No
Oxygen and Respiratory Therapy Equipment	Yes	No
Personal Care Attendant – Services to assist members with activities of daily living and instrumental activities of daily living, for example: • Bathing • Dressing • Mobility/Transfers • Passive range of motion • Toileting • Eating • Medication management	Yes	No
Podiatrist Services – Services for footcare	No	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Primary Care (provided by member's PCC or PCP) – Examples include: • Office visits for primary care • Annual gynecological exams • Prenatal care • Diabetes self-management training • Tobacco cessation services • Fluoride varnish to prevent tooth decay in children and teens up to age 21	No	No
Private Duty Nursing/Continuous Skilled Nursing – A nursing visit of more than two continuous hours of nursing services. This service can be provided by a home health agency, continuous skilled nursing agency, or an independent nurse.	Yes	No
Prosthetic Services	Yes	No
Radiology and Diagnostic Services – Examples include: • X-Rays • Magnetic resonance imagery (MRI) and other imaging studies • Radiation oncology services performed at radiation oncology centers (ROCs) that are independent of an acute outpatient hospital or physician service	Yes	No
School Based Health Center Services – All covered services delivered in School Based Health Centers (SBHCs), when such services are rendered by a hospital, hospital-licensed health center, or community health center.	Yes	No
Specialists – Examples include: • Office visits for specialty care • OB/GYN (No referral needed for prenatal care and annual gynecological exam) • Medical nutritional therapy	No	No
Therapy Services – Therapy services include diagnostic evaluation and therapeutic intervention, which are designed to improve, develop, correct, rehabilitate, or prevent the worsening of functional capabilities and/or disease, injury, or congenital disorder. Examples include: • Occupational therapy • Physical therapy • Speech/language therapy	Yes	No
Tobacco Cessation Services – Face-to-face individual and group tobacco cessation counseling and tobacco cessation drugs, including nicotine replacement therapy (NRT).	No	No
Wigs - As prescribed by a physician and related to a medical condition	Yes	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Urgent Care Clinic Services – ACO Covered Services set forth in this Appendix C provided by an urgent care clinic.	No	No
Vaccine Counseling Services	No	No
Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) Services for children under age 21		
Screening Services – Children should go to their Primary Care Provider (PCP) for preventive healthcare visits even when they are well. As part of these visits, PCPs can perform screenings that can identify health problems or risks. These screenings include physical, mental, developmental, dental, hearing, vision, and other screening tests to detect potential problems. Routine visits with a dental provider are also covered for children under age 21.	No	No
Diagnosis and Treatment Services – Diagnostic testing is performed to follow up when a risk is identified. Treatment is used to control, correct, or reduce health problems.	Yes	No
Dental Services		
Adult Dentures – Full and partial dentures, and adjustments and repairs to those dentures, for adults ages 21 and over.	No	No
Diagnostic, Preventive, Restorative, and Major Dental Services – Used for the prevention, control, and treatment of dental diseases and the maintenance of oral health for children and adults.	No	No
Emergency-Related Dental Care	No	No
Oral Surgery – Performed in a dental office, outpatient hospital, or ambulatory surgery setting and which is medically necessary to treat an underlying medical condition.	Yes	No
Transportation Services		
Transportation Services: Emergency – Ambulance (air and land) transport that generally is not scheduled but is needed on an emergency basis. These include specialty care transport (that is, an ambulance transport of a critically injured or ill member from one facility to another, requiring care beyond the scope of a paramedic).	No	No
Transportation Services: Non-Emergency – Transportation by land ambulance, chair car, taxi, and common carriers to transport a member to and from a covered service.	Yes	No
Vision Services		

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Vision Care – Includes: • Comprehensive eye exams once every year for members under 21 and once every 24 months for members 21 and over, and whenever medically necessary • Vision training • Ocular prosthesis; contacts, when medically necessary, as a medical treatment for a medical condition such as keratoconus • Bandage lenses • Prescription and dispensing of ophthalmic materials, including eyeglasses and other visual aids, excluding contacts	Yes	No
Pharmacy Services		
See copay information at the end of this section.		
Over-the-counter medicines	No	No
Prescription drugs	Yes	No
Behavioral Health Services		
Non 24-hour Diversionary Services		
Community Support Program (CSP) – Services delivered by a community-based, mobile, multi-disciplinary team. These services help members with a long-standing mental health or substance use disorder diagnosis. Services support members, and their families, who are at increased medical risk, and children and adolescents whose behavioral health issues impact how well they can function at home or in the community. Services include outreach and supportive services.	No	No
Intensive Outpatient Program (IOP) – A clinically intensive service that follows a discharge from an inpatient stay and helps members avoid readmission to an inpatient service and help move back to the community. The service provides coordinated treatment using a range of specialists.	No	No
Partial Hospitalization (PHP) – These services offer short-term day mental health programming available seven days per week, as an alternative to inpatient hospital services. These services include daily psychiatric management.	Yes	No
Program of Assertive Community Treatment (PACT) – A treatment team approach to providing acute, active, and long-term community-based mental health treatment, outreach, rehabilitation, and support. This service helps members to maximize their recovery, set goals, and be in the community. Services are provided in the community and are available 24 hours a day, seven days a week, 365 days a year, as needed.	No	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Psychiatric Day Treatment – Mental health services for members who do not need an inpatient hospital stay, but who needs more treatment than a weekly visit. Psychiatric day treatment includes diagnostic, treatment, and rehabilitative services.	No	No
Recovery Coaching – A non-clinical service provided by peers who have lived experience with substance use disorder and who have been certified as recovery coaches. Members are connected with recovery coaches. Recovery coaches help members start treatment and serve as a guide to maintain recovery and to stay in the community.	No	No
Recovery Support Navigators (RSN) – Specialized care coordination services for members who have substance use disorder. This service helps members to access and receive treatment, including withdrawal management and step-down services, and to stay motivated for treatment and recovery.	No	No
Structured Outpatient Addiction Program (SOAP) – Substance use disorder services that are clinically intensive and offered in a structured setting in the day or evening. These programs can be used to help a member transition from an inpatient substance use disorder program. It can also be used by individuals who need more structured outpatient services for a substance use disorder. These programs may include specialized services for pregnant members, adolescents, and adults who need 24-hour monitoring.	No	No
24 Hour Diversionary Services		
Mental health and substance use disorder services used instead of inpatient hospital services. These services support a member returning to the community after an inpatient hospital stay, or help a member maintain functioning in the community.		
Acute Treatment Services (ATS) for Substance Use Disorders – Services used to treat substance use disorders on a 24-hour, seven days a week basis. Services may include assessment; use of approved medications for addictions; individual and group counseling; educational groups; and discharge planning. Pregnant members receive specialized services. Members receive additional services to treat other mental health conditions.	No	No
Clinical Support Services for Substance Use Disorders – 24-hour treatment services that can be used by themselves or after acute treatment services for substance use disorders. Services include education and counseling; outreach to families and significant others; medications for treating substance use disorders; referrals to primary care and community supports; and planning for recovery. Members with other mental health disorders receive coordination of transportation and referrals to mental health providers. Pregnant members receive coordination with their obstetrical care.	No	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Community-Based Acute Treatment for Children and Adolescents (CBAT) – Intensive mental health services in a secure setting on a 24-hour basis, with clinical staffing to ensure the safety of the child or adolescent. Treatment may include: checking medications; psychiatric assessment; nursing; one-to-one treatments to maintain the member's safety (specialing); individual, group, and family therapy; case management; family assessment and consultation; discharge planning; and psychological testing. This service may be used as an alternative to or transition from inpatient hospital services.	Yes	No
Medically Monitored Intensive Services - Acute Treatment Services (ATS) for Substance Use Disorders (Level 3.7) – 24-hour, seven days week, medically monitored addiction treatment services that provide evaluation and withdrawal management. Withdrawal management services are delivered by nursing and counseling staff under a physician-approved protocol and physician-monitored procedures and include: bio-psychosocial assessment; induction to FDA approved medications for addictions when appropriate, individual and group counseling; psychoeducational groups; and discharge planning. Pregnant women receive specialized services to ensure substance use disorder treatment and obstetrical care. Enrollees with Co-Occurring Disorders receive specialized services toensure treatment for their co-occurring psychiatric conditions. These services may be provided in licensed freestanding or hospital-based programs.	No	No
Community Crisis Stabilization – Services provided instead of inpatient hospital services. These services provide 24-hour observation and supervision for members.	No	No
Transitional Care Unit (TCU) – A community-based treatment program with high levels of supervision, structure, and support within an unlocked setting. This service serves children and adolescents under age 19 who are in the custody of the Department of Children and Families (DCF), who need group care or foster care, but who no longer require an acute level of care. This comprehensive service includes a therapeutic setting, psychiatry, case management, and treatments with a range of specialists.	Yes	No
Substance Use Disorder Diversionary Services		
Adult Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services for substance use disorder offered in a 24-hour residential setting. Services include: at least five hours of individual or group therapy each week; case management; education; and rehabilitation based in the residence. Some residential programs serve pregnant and	No	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
post-partum members, and provide assessment and management of gynecological, obstetric, and other prenatal needs, and offer parenting skills education, child development education, parent support, family planning, nutrition, as well as opportunities for parent/child relational and developmental groups. Members receive coordination of transportation and referrals to mental health providers to ensure treatment for any other mental health conditions.		
Co-occurring Enhanced Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services provided in a 24-hour, safe, structured setting in the community. These services support the member's recovery from substance use disorders and moderate to severe mental health conditions. The services support a move back into the community and a return to social, work, and educational roles. Services are provided to support recovery. Clinical services, additional outpatient levels of care, and access to prescribers for medications are available.	No	No
Family Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services provided in a 24-hour residential setting for families in which a parent has a substance use disorder. Rehabilitative services that support parents and children are provided along with ongoing support for developing and maintaining interpersonal and parenting skills and support family reunification and stability. Members receive therapy, case management, education, and rehabilitation based in the residence.	No	No
Transitional Age Youth and Young Adult Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services provided in a 24-hour residential setting for youth ages 16 to 21 or young adults ages 18 to 25 who are recovering from alcohol or other drug problems. Services include: individual or group therapy; case management; education; and rehabilitation based in the residence. Members also receive coordination of transportation and referrals to mental health providers for any co-occurring mental health conditions.	No	No
Youth Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services provided in a 24-hour residential setting for youth ages 13 to 17 who are recovering from alcohol or other drug problems. Services include: individual or group therapy; case management; education; and rehabilitation based in the residence. Members also receive coordination of transportation and referrals to mental health providers for any co-occurring mental health conditions.	No	No
Inpatient Services		
24-hour hospital services that provide mental health or substance use disorder treatment, diagnoses, or both.		
Administratively Necessary Day (AND) Services – Day(s) of inpatient hospital services for members who are ready for discharge, but the right	No	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
setting is not available. Services include appropriate continuing clinical services.		
Inpatient Mental Health Services – Inpatient hospital services to evaluate and treat acute psychiatric conditions.	Yes	No
Inpatient Substance Use Disorder Services – Inpatient hospital services that provide medically directed care and treatment to members with complex withdrawal needs, as well as co-occurring medical and behavioral health conditions.	No	No
Observation/Holding Beds – Hospital services, for a period of up to 24 hours, that are used to assess, stabilize, and identify resources for members.	Yes	No
Outpatient Behavioral Health Services		
Acupuncture Treatment – The insertion of metal needles through the skin at certain points on the body as an aid to persons who are withdrawing from, or in recovery from, dependence on substances.	No	No
Ambulatory Withdrawal Management – Outpatient services for members who are experiencing a serious episode of excessive substance use or complications from withdrawal when neither life nor significant bodily functions are threatened.	No	No
Applied Behavioral Analysis for members under 21 years of age (ABA Services) – A service for a member under the age of 21 with Autism Spectrum Disorder diagnosis (ASD). It is used to treat challenging behaviors that interfere with a youth's ability to function successfully. This service includes behavioral assessments; interpretation of behaviors; development of a treatment plan; supervision and coordination of treatments; and parent training to address specific goals.	Yes	No
Assessment for Safe and Appropriate Placement (ASAP) – An assessment for certain sexually abusive youth or arsonists who are in the care and custody of the Department of Children and Families (DCF), and who are being discharged from an inpatient or certain diversionary settings to a family home care setting. Services are provided through a DCF designated ASAP provider.	No	No
Case Consultation – A meeting between the treating provider and other behavioral health clinicians or the member's primary care physician, concerning a member. The meeting is used to identify and plan for additional services; coordinate or revise a treatment plan; and review the individual's progress.	No	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Collateral Contact – A communication between a provider and individuals who are involved in the care or treatment of a member under 21 years old. Providers may include school and day care personnel, state agency staff, and human services agency staff.	No	No
Couples/Family Treatment – Therapy and counseling to treat a member and their partner or family in the same session.	No	No
Diagnostic Evaluation – An assessment of a member's functioning, used to diagnose and to design a treatment plan.	No	No
Dialectical Behavioral Therapy (DBT) – Outpatient treatment involving strategies from behavioral, cognitive, and supportive psychotherapies for members with certain disorders, including members with borderline personality disorder.	No	No
Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) – provided to children under three years of age who have a diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) and meet clinical eligibility criteria. Such services shall be provided only by DPH-approved, Early Intensive Behavioral Intervention Service Providers.	Yes	Yes
Family Consultation – A meeting with family members or others who are important to the member and to a member's treatment. The meeting is used to identify and plan for additional services; coordinate or revise a treatment plan; and review the individual's progress.	No	No
Group Treatment – Therapy and counseling to treat unrelated individuals in a group setting.	No	No
Individual Treatment – Therapy or counseling to treat an individual on a one-to-one basis.	No	No
Inpatient-Outpatient Bridge Visit – A single-session consultation led by an outpatient provider while a member is still in an inpatient psychiatric unit. This visit includes the member and the inpatient provider.	No	No
Medication Visit – A visit to evaluate the appropriateness of the member's prescriptions for drugs used for behavioral health needs, as well as any need for monitoring by a psychiatrist or registered nurse clinical specialist for whether such drugs are useful and any side effects.	No	No
Opioid Treatment Services – Supervised assessment and treatment of an individual, using medications approved by the Food and Drug Administration, along with a range of medical and rehabilitative services to relieve the effects of opiate addiction. Includes detoxification and maintenance treatment.	No	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Psychiatric Consultation on an Inpatient Medical Unit – A meeting between a psychiatrist or advanced practice registered nurse clinical specialist and a member at the request of the medical unit. It is used to assess the member's mental status and to consult on a behavioral health plan, including proper medications, with the medical staff.	No	No
Psychological Testing – Standardized tests used to assess a member's cognitive, emotional, neuropsychological, and verbal functioning.	No	No
Special Education Psychological Testing – Testing used toward the development of, or to determine the need for, an Individualized Educational Plan (IEP) for children.	No	No
Intensive Home and Community-Based Services for Youth		
Intensive behavioral health services provided to members in a community-based setting.		
Family Support and Training – A service provided to the parent or caregiver of a youth under the age of 21 where the youth lives. The purpose of this service is to help with the youth's emotional and behavioral needs by improving the capacity of the parent or caregiver to parent the youth. Services may include: education; help in identifying and navigating available resources; fostering empowerment; links to peer/parent support and self-help groups; coaching and training for the parent or caregiver. (Referral required by Outpatient Therapy, In-Home Therapy, and Intensive Care Coordination.)	No	No
In-Home Behavioral Services – This service usually includes a combination of behavior management therapy and behavior management monitoring, as follows: **Behavior Management Therapy** – This service includes assessment, development of a behavior plan, and supervision and coordination of interventions to address specific behavioral goals or performance. This service addresses behaviors that interfere with the child's successful functioning. The therapist develops and monitors objectives and interventions, including a crisis-response strategy, that are written into the child's treatment plan. The therapist may also provide short-term counseling and assistance. **Behavior Management Monitoring** – This service includes putting the behavior plan into effect, monitoring the child's behavior, reinforcement of the plan by parents or other caregivers, and reporting to the behavior management therapist on progress toward goals in the behavior plan.	No	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
In-Home Therapy Services – This service for children that often is delivered in a teamed approach, it includes a therapeutic clinical intervention and training and therapeutic support paraprofessional, as follows: **Therapeutic Clinical Intervention** – A therapeutic relationship between a masters clinician and the child and family. The aim is to treat the child's mental health needs by improving the family's ability to support the healthy functioning of the child within the family. The clinician develops a treatment plan and works with the family to improve problem-solving, limit-setting, communication, and emotional support or other functions. The qualified clinician may often work with in a Therapeutic Training and Support paraprofessional. **Therapeutic Training and Support** – A service provided by paraprofessional working under the direction of the Masters level clinician to support implementation of a licensed clinician's treatment plan to achieve the goals of the treatment plan. This trained individual works with a master clinician to support a treatment plan that addresses the child's mental health and emotional challenges.	No	No
Intensive Care Coordination – A service that provides targeted case management services to individuals under 21 with a serious emotional disturbance (SED). This service includes assessment, development of an individualized care plan, referral, and related activities to put the care plan into effect and to monitor the care plan.	No	No
Therapeutic Mentoring Services – This service provides a structured, one-to-one relationship between a therapeutic mentor and a child or adolescent up to the age of 21. Its goal is to address daily living, social, and communication needs. Goals are written into a treatment plan that is developed by the child or adolescent and their treatment team. The service includes supporting, coaching, and training the child or adolescent in age-appropriate behaviors, communication, problem-solving, conflict resolution, and relating to others in a healthy way. The therapeutic mentor works in settings such as home, school or community.	No	No
Other Behavioral Health Services		
Electro-Convulsive Therapy (ECT) – A treatment that is used to treat depression that has not responded to medications and psychotherapy. This treatment initiates a seizure with an electric impulse while the individual is under anesthesia.	Yes	No

MassHealth Standard and CommonHealth Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Emergency Services Program (ESP) – Services provided to adults age 18 and over who are experiencing a behavioral health crisis. This service is provided by designated emergency service program providers or, in some cases, by outpatient hospital emergency departments. Services help identify, assess, treat, and stabilize the situation and to reduce the immediate risk of danger. Services are available 24 hours a day, seven days a week.	No	No
Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) – A treatment that is used to treat depression that has not responded to medications and psychotherapy. In this treatment, rapidly changing magnetic fields are applied to the brain through a wire attached to the scalp.	Yes	No
Specialing – Treatment services provided to a member in a variety of 24-hour settings, on a one-to-one basis, to maintain the individual's safety.	Yes	No
Youth Mobile Crisis Intervention – Services for youth under the age of 21 who are experiencing a behavioral health emergency. This service includes short-term mobile, on-site, and face-to-face treatment. It is used to identify, assess, treat, and stabilize the situation and to reduce the immediate risk of danger. Services are available 24 hours a day, seven days a week.	No	No

Copays

A copay is a small amount that a member pays when they get health services. The only time that a member may have a copay is when they get certain prescription drugs. Most members pay the following pharmacy copays:

- $1 for each prescription and refill for each generic drug and over-the-counter drug covered by MassHealth in the following drug classes: antihyperglycemics, antihypertensives, and antihyperlipidemics; and
- $3.65 for each prescription and refill for all other generic, brand-name, and over-the-counter drugs covered by MassHealth that are not $1 as outlined above or excluded.
- If a member is receiving a 90-day supply of a MassHealth covered prescription drug, the total copay amount for that 90-day supply will still either be $1 or $3.65 as outlined above.

The following prescriptions and refills do NOT have any pharmacy copays:

- Drugs used for substance use disorder (SUD) treatment, such as medication-assisted therapy (MAT) (for example, Suboxone or Vivitrol),
- Certain preventive drugs such as low-dose aspirin for heart conditions, drugs used to prevent HIV, and drugs used to prepare for a colonoscopy,
- Certain vaccines and their administration,
- Family planning drugs or supplies, such as birth control pills (oral contraceptives),
- Drugs to help you stop smoking,
- Emergency services,
- Provider preventable services, or
- Other services described in MassHealth regulations (130 CMR 506.015 and 130 CMR 520.037).

Prescription drugs are the only benefit that may have copays. There are no copays for other covered services and benefits.

Members who do NOT have pharmacy copays

Some members do not have to pay a copay at all. You do not have to pay a MassHealth copay for any service covered by MassHealth if:

- Your income is at or below 50% of the federal poverty level (FPL)
- You are eligible for MassHealth because you are receiving certain public assistance benefits such as Supplemental Security Income (SSI), Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC), or services through the Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (EAEDC) Program. See regulations at 130 CMR 506.015 and 130 CMR 520.037
- You are under 21 years old
- You are pregnant or you have recently given birth (you are in the postpartum period)
- You are receiving benefits under MassHealth Limited (Emergency Medicaid)
- You are a member who has MassHealth Senior Buy-In or MassHealth Standard, and you are receiving a drug that is covered under Medicare Parts A and B only, when provided by a Medicare-certified provider,
- You are in a long-term care facility such as:
    - A nursing facility
    - Chronic-disease or rehabilitation hospital, or
    - Intermediate-care facility for individuals with intellectual disabilities
      or
    - You have been admitted to a hospital from such a facility or hospital
- You are receiving hospice services
- You were a foster care child and you are eligible for MassHealth Standard, until age 21 or 26 as described in regulations at 130 CMR 505.002(H),
- You are American Indian or an Alaska Native and you are currently receiving or have ever received services at the Indian Health Service (IHS), an Indian tribe, a tribal organization, or an urban Indian organization, or
- You are in another exempt category (see regulations at 130 CMR 506.015 or 130 CMR 520.037).

Copay Cap

Members are responsible for MassHealth pharmacy copays up to a monthly limit, called a copay cap, not to exceed 2% of the member's monthly household income.

- A copay cap is the highest dollar amount that members can be charged in pharmacy copays in a month.
- MassHealth calculates a monthly copay cap for each member based on the lowest income in their household and their household size. MassHealth rounds the copay cap down to the nearest $10 amount. No copay will be more than $60. The following table shows what the member's final monthly copay cap will be:

If the member's monthly copay cap is calculated to be:	The member's final monthly copay cap will be:
$0 to $9.99	No Copays
$10 to $19.99	$10
$20 to $29.99	$20
$30 to $39.99	$30
$40 to $49.99	$40
$50 to $59.99	$50
$60 or More	$60

- For example, if your monthly copay cap is $12.50 in July, you will not be charged more than $10 of copays in July. If your household income or family size changes in August, your monthly copay cap may change for August.

Members do not need to pay any more pharmacy copays once they have reached their pharmacy copay cap for the month. MassHealth will send members a letter when they reach the monthly copay cap. If the pharmacy tries to charge the member any more copays for that month, the member should show the pharmacy the letter and the pharmacy should not charge the copay. Members who do not receive a letter, or who have any questions, should call the MassHealth Customer Service Center. See contact information below.

Members who CANNOT pay the copay

The pharmacy cannot refuse to give members their covered drugs even if they cannot pay the copay. However, the pharmacy can bill members later for the copay. Members must call the MassHealth Customer Service if a pharmacy does not give them the drugs. See contact information below.

Excluded Services

The following services or supplies are not covered under MassHealth, unless they are medically necessary, or as noted.

- Cosmetic surgery. There are exceptions if MassHealth agrees it is necessary for
    - Treating damage following injury or illness;
    - Breast reconstruction following a mastectomy; or
    - Other procedures that MassHealth determines are medically necessary
- Treatment for infertility. This includes in-vitro fertilization (IVF) and gamete intrafallopian tube (GIFT) procedures
- Experimental treatment
- A service or supply that is not provided by, or at the direction of, your provider or MassHealth. There are exceptions for:
    - Emergency services
    - Family planning services
- Noncovered laboratory services
- Personal comfort items such as air conditioners, radios, telephones, and televisions

Contact MassHealth

If you have questions, call the MassHealth Customer Service Center, Monday through Friday from 8:00 a.m. to 5:00 p.m. at (800) 841-2900 or TTY at (800) 497-4648 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.

Covered Services List for BeHealthy Partnership Members with MassHealth Family Assistance Coverage

Overview

The following table is an overview of the covered services and benefits for BeHealthy Partnership Family Assistance members enrolled in a Primary Care Accountable Care Organization (PCACO) or the Primary Care Clinician (PCC) Plan. All services and benefits are covered directly by BeHealthy Partnership, except for behavioral health services, which are covered by the MassHealth behavioral health services contractor, the Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP).

The table also shows whether each service requires a referral (approval from your primary care clinician (PCC) or primary care provider (PCP)), prior authorization (permission from BeHealthy Partnership or one of our vendors), or both to receive the service. There is more information about prior authorizations and referrals in your member handbook. Before you receive some services, providers may ask for information related to your health care needs to determine if the service is appropriate and to register you for the service with your health plan (if required).

All services and benefits are covered directly by BeHealthy Partnership, except certain services are covered directly by MassHealth that we have indicated with an asterisk (*). BeHealthy Partnership will still coordinate these services for you.

You can call the BeHealthy Partnership Customer Service Center for more information about services and benefits or to ask questions at (800) 786-9999 or TTY at (711) for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled. You can also contact MassHealth Customer Service Center for more information about services and benefits or to ask questions at (800) 841-2900 or TTY at (800) 497-4648 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.

- For questions about behavioral health services, please call the MBHP at (800) 495-0086 or TTY at (617) 790-4130 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.
- For more information about the pharmacy covered service, go to the MassHealth Drug List at www.mass.gov/druglist.
- For questions about dental services, please call (800) 207-5019 or TTY at (800) 466-7566 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled or go to www.masshealth-dental.net.

Please keep in mind that MassHealth covered services and benefits change from time to time and flexibilities may be available because of COVID-19. This Covered Services List is for your general information only and should not serve as a sole resource for determining coverage (for example, there may be limits to what is covered for a service). MassHealth regulations control the covered services and benefits available to you. To access MassHealth regulations:

- go to MassHealth's website at www.mass.gov/masshealth or
- call the MassHealth Customer Service Center at (800) 841-2900 or TTY at (800) 497-4648 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled Monday through Friday from 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Emergency Services		
Emergency Inpatient and Outpatient Services	No	No
Medical Services		
Abortion Services	No	No
Acute Inpatient Hospital Services – Includes all inpatient services in an acute hospital, such as daily physician intervention, surgery, obstetrics, behavioral health, radiology, laboratory, and other diagnostic and treatment procedures. (May require pre-screening.)	No	No
Acute Outpatient Hospital Services – Services in a hospital's outpatient department or satellite clinic. They are generally provided, directed, or ordered by a physician. Services include specialty care, observation services, day surgery, diagnostic services, and rehabilitation services.	Yes	No
Ambulatory Surgery Services – Surgical, diagnostic, and medical services that provide diagnosis or treatment through operative procedures, including oral surgery, requiring general, local, or regional anesthesia to patients who do not require hospitalization or overnight services upon completion of the procedure, but who require constant medical supervision for a limited amount of time following the conclusion of the procedure.	Yes	No
Audiologist (Hearing) Services – Services include, but are not limited to, testing related to the determination of hearing loss, evaluation for hearing aids, prescription for hearing-aid devices, and aural rehabilitation.	No	No
Chiropractic Services – Chiropractic manipulative treatment, office visits, and some radiology services (e.g., X-rays).	No	No
Chronic Disease and Rehabilitation Hospital (CDRH) Services – Services in a chronic disease hospital or rehabilitation hospital for up to 100 days per admission. You may be transferred from your plan to MassHealth fee-for-service to keep receiving CDRH services. If the member becomes eligible for another MassHealth coverage type (e.g., MassHealth Standard or CommonHealth), this coverage may be extended beyond 100 days per admission. [Note: Admission in a CDRH and a Nursing Facility will be treated as separate admissions, even if they occur within 30 days of one another. In those cases, up to 100 days of CDRH services and a separate 100 days of Nursing Facility Services are covered.]	Yes	No
Community Health Center Services - Examples include: • Specialty office visits • OB/GYN services • Pediatric services, including Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT) services • Medical social services • Nutrition services, including diabetes self-management training and medical nutrition therapy • Vaccines/immunizations • Health education	No	No

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Diabetes Self-Management Training – Diabetes self-management training and education services furnished to an individual with pre-diabetes or diabetes by a physician or certain accredited qualified health care professionals (e.g., registered nurses, physician assistants, nurse practitioners, and licensed dieticians).	No	No
Dialysis Services – Medically necessary renal dialysis that includes all services, supplies, and routine laboratory tests; also includes training for home dialysis.	No	No
Durable Medical Equipment (DME) – Including but not limited to the purchase or rental of medical equipment, replacement parts, and repair for such items. Enteral Nutritional Supplements (formula) and breast pumps (one per birth or as medically necessary) are covered under your DME benefit.	Yes	No
Early Intervention Services	No	No
Family Planning Services	No	No
Fluoride Varnish – Fluoride varnish applied by pediatricians and other qualified health care professionals (physician assistants, nurse practitioners, registered nurses, and licensed practical nurses) to members under age 21, during a pediatric preventive care visit.	No	No
Hearing Aid Services	Yes	No
Home Health Services – Skilled and supportive care services provided in the member's home to meet skilled care needs and associated activities of daily living to allow the member to safely stay in their home. Available services include skilled nursing, medication administration, home health aide, and occupational, physical, and speech/language therapy.	Yes	No
Hospice Services – Members should discuss with MassHealth or their health plan the options for receiving hospice services.	No	No
Infertility Services - Diagnosis of infertility and treatment of underlying medical condition.	Yes	No
Intensive Early Intervention Services – Provided to eligible children under three years of age who have a diagnosis of autism spectrum disorder.	Yes	No
Laboratory Services – All services necessary for the diagnosis, treatment, and prevention of disease, and for the maintenance of health.	Yes	No
MassHealth Coordinating Aligned, Relationship-centered, Enhanced Support (CARES) for Kids – a service that provides targeted case management services for high risk individuals under age 21 with medical complexity. MassHealth CARES for Kids provides comprehensive, high-touch care coordination for children and their families. This service is provided in certainprimary care or specialized settings where medically complex individuals under age 21 receive medical care. MassHealth CARES for Kids providers will serve as lead entities to coordinate prompt and individualized care across the health, educational, state agency, and social service systems.	No	No

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Medical Nutritional Therapy – Nutritional, diagnostic, therapy and counseling services for the purpose of a medical condition that are furnished by a physician, licensed dietician, licensed dietician/nutritionist, or other accredited qualified health care professionals (e.g., registered nurses, physician assistants, and nurse practitioners).	No	No
Nursing Facility Services – Services in a nursing facility for up to 100 days per admission. You may be transferred from your plan to MassHealth fee-for-service to keep receiving Nursing Facility Services. If the member becomes eligible for another MassHealth coverage type (e.g., MassHealth Standard or CommonHealth), this coverage may be extended beyond 100 days per admission. [Note: Admission in a CDRH and a Nursing Facility will be treated as separate admissions, even if they occur within 30 days of one another. In those cases, up to 100 days of CDRH services and a separate 100 days of Nursing Facility Services are covered.]	Yes	No
Orthotic Services – Braces (nondental) and other mechanical or molded devices to support or correct any defect of form or function of the human body.	Yes	No
Oxygen and Respiratory Therapy Equipment	Yes	No
Podiatrist Services – Services for footcare	No	No
Primary Care (provided by member's PCC or PCP) – Examples include: • Office visits for primary care • Annual gynecological exams • Prenatal care • Diabetes self-management training • Tobacco cessation services • Fluoride varnish to prevent tooth decay in children and teens up to age 21	No	No
Prosthetic Services	Yes	No
Radiology and Diagnostic Services – Examples include: • X-Rays • Magnetic resonance imagery (MRI) and other imaging studies • Radiation oncology services performed at radiation oncology centers (ROCs) that are independent of an acute outpatient hospital or physician service	Yes	No
School Based Health Center Services – All covered services delivered in School Based Health Centers (SBHCs), when such services are rendered by a hospital, hospital-licensed health center, or community health center.	Yes	No
Specialists – Examples include: • Office visits for specialty care • OB/GYN (No referral needed for prenatal care and annual gynecological exam) • Medical nutritional therapy	No	No

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Therapy Services – Therapy services include diagnostic evaluation and therapeutic intervention, which are designed to improve, develop, correct, rehabilitate, or prevent the worsening of functional capabilities and/or disease, injury, or congenital disorder. Examples include: • Occupational therapy • Physical therapy • Speech/language therapy	Yes	No
Tobacco Cessation Services – Face-to-face individual and group tobacco cessation counseling and tobacco cessation drugs, including nicotine replacement therapy (NRT).	No	No
Wigs - As prescribed by a physician and related to a medical condition	Yes	No
Urgent Care Clinic Services – ACO Covered Services set forth in this Appendix C provided by an urgent care clinic.	No	No
Vaccine Counseling Services	No	No
Preventative Pediatric Health-Care Screening & Diagnosis Services (PPHSD)		
Screening Services – Children should go to their Primary Care Provider (PCP) for preventive healthcare visits even when they are well. As part of these visits, PCPs can perform screenings that can identify health problems or risks. These screenings include physical, mental, developmental, dental, hearing, vision, and other screening tests to detect potential problems. Routine visits with a dental provider are also covered for children under age 21.	No	No
Diagnosis and Treatment Services – Diagnostic testing is performed to follow up when a risk is identified. Treatment is used to control, correct, or reduce health problems.	Yes	No
Dental Services		
Adult Dentures – Full and partial dentures, and adjustments and repairs to those dentures, for adults ages 21 and over.	No	No
Diagnostic, Preventive, Restorative, and Major Dental Services – Used for the prevention, control, and treatment of dental diseases and the maintenance of oral health for children and adults.	No	No
Emergency-Related Dental Care	No	No
Oral Surgery – Performed in a dental office, outpatient hospital, or ambulatory surgery setting and which is medically necessary to treat an underlying medical condition.	Yes	No
Transportation Services		
Transportation Services: Emergency – Ambulance (air and land) transport that generally is not scheduled but is needed on an emergency basis. These	No	No
include specialty care transport (that is, an ambulance transport of a critically injured or ill member from one facility to another, requiring care beyond the scope of a paramedic).		
Vision Services		

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Vision Care – Includes: • Comprehensive eye exams once every year for members under 21 and once every 24 months for members 21 and over, and whenever medically necessary • Vision training • Ocular prosthesis; contacts, when medically necessary, as a medical treatment for a medical condition such as keratoconus • Bandage lenses • Prescription and dispensing of ophthalmic materials, including eyeglasses and other visual aids, excluding contacts	Yes	No
Pharmacy Services		
See copay information at the end of this section.		
Over-the-counter medicines	No	No
Prescription drugs	Yes	No
Behavioral Health Services		
Non 24-hour Diversionary Services		
Community Support Program (CSP) – Services delivered by a community-based, mobile, multi-disciplinary team. These services help members with a long-standing mental health or substance use disorder diagnosis. Services support members, and their families, who are at increased medical risk, and children and adolescents whose behavioral health issues impact how well they can function at home or in the community. Services include outreach and supportive services.	No	No
Intensive Outpatient Program (IOP) – A clinically intensive service that follows a discharge from an inpatient stay and helps members avoid readmission to an inpatient service and help move back to the community. The service provides coordinated treatment using a range of specialists.	No	No
Partial Hospitalization (PHP) – These services offer short-term day mental health programming available seven days per week, as an alternative to inpatient hospital services. These services include daily psychiatric management.	Yes	No
Program of Assertive Community Treatment (PACT) – A treatment team approach to providing acute, active, and long-term community-based mental health treatment, outreach, rehabilitation, and support. This service helps members to maximize their recovery, set goals, and be in the community. Services are provided in the community and are available 24 hours a day, seven days a week, 365 days a year, as needed.	No	No
Psychiatric Day Treatment – Mental health services for members who do not need an inpatient hospital stay, but who needs more treatment than a weekly visit. Psychiatric day treatment includes diagnostic, treatment, and rehabilitative services.	No	No
Recovery Coaching – A non-clinical service provided by peers who have lived experience with substance use disorder and who have been certified as recovery coaches. Members are connected with recovery coaches. Recovery coaches help members start treatment and serve as a guide to maintain recovery and to stay in the community.	No	No

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Recovery Support Navigators (RSN) – Specialized care coordination services for members who have substance use disorder. This service helps members to access and receive treatment, including withdrawal management and step-down services, and to stay motivated for treatment and recovery.	No	No
Structured Outpatient Addiction Program (SOAP) – Substance use disorder services that are clinically intensive and offered in a structured setting in the day or evening. These programs can be used to help a member transition from an inpatient substance use disorder program. It can also be used by individuals who need more structured outpatient services for a substance use disorder. These programs may include specialized services for pregnant members, adolescents, and adults who need 24-hour monitoring.	No	No
24 Hour Diversionary Services		
Mental health and substance use disorder services used instead of inpatient hospital services. These services support a member returning to the community after an inpatient hospital stay, or help a member maintain functioning in the community.		
Acute Treatment Services (ATS) for Substance Use Disorders – Services used to treat substance use disorders on a 24-hour, seven days a week basis. Services may include assessment; use of approved medications for addictions; individual and group counseling; educational groups; and discharge planning. Pregnant members receive specialized services. Members receive additional services to treat other mental health conditions.	No	No
Clinical Support Services for Substance Use Disorders – 24-hour treatment services that can be used by themselves or after acute treatment services for substance use disorders. Services include education and counseling; outreach to families and significant others; medications for treating substance use disorders; referrals to primary care and community supports; and planning for recovery. Members with other mental health disorders receive coordination of transportation and referrals to mental health providers. Pregnant members receive coordination with their obstetrical care.	No	No
Community-Based Acute Treatment for Children and Adolescents (CBAT) – Intensive mental health services in a secure setting on a 24-hour basis, with clinical staffing to ensure the safety of the child or adolescent. Treatment may include: checking medications; psychiatric assessment; nursing; one-to-one treatments to maintain the member's safety (specialing); individual, group, and family therapy; case management; family assessment and consultation; discharge planning; and psychological testing. This service may be used as an alternative to or transition from inpatient hospital services.	Yes	No

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Medically Monitored Intensive Services - Acute Treatment Services (ATS) for Substance Use Disorders (Level 3.7) – 24-hour, seven days week, medically monitored addiction treatment services that provide evaluation and withdrawal management. Withdrawal management services are delivered by nursing and counseling staff under a physician- approved protocol and physician-monitored procedures and include: bio-psychosocial assessment; induction to FDA approved medications for addictions when appropriate, individual and group counseling; psychoeducational groups; and discharge planning. Pregnant women receive specialized services to ensure substance use disorder treatmentand obstetrical care. Enrollees with Co-Occurring Disorders receive specialized services toensure treatment for their co-occurring psychiatric conditions. These services may be provided in licensed freestanding or hospital-based programs.	No	No
Community Crisis Stabilization – Services provided instead of inpatient hospital services. These services provide 24-hour observation and supervision for members.	No	No
Transitional Care Unit (TCU) – A community based therapeutic program offering high levelsof supervision, structure and intensity of service within an unlocked setting. The program serves children and adolescents, under age 19, who are in the custody of the Department of Children and Families (DCF), who have been determined to need group care or foster care and no longer meet the clinical criteria for continued stay at an acute level of care. The TCU offers comprehensive services, including but not limited to, a therapeutic milieu, psychiatry, aggressive case management, and multidisciplinary, multi-modal therapies**.**	Yes	No
Substance Use Disorder Diversionary Services		
Adult Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services for substance use disorder offered in a 24-hour residential setting. Services include: at least five hours of individual or group therapy each week; case management; education; and rehabilitation based in the residence. Some residential programs serve pregnant and post-partum members, and provide assessment and management of gynecological, obstetric, and other prenatal needs, and offer parenting skills education, child development education, parent support, family planning, nutrition, as well as opportunities for parent/child relational and developmental groups. Members receive coordination of transportation and referrals to mental health providers to ensure treatment for any other mental health conditions.	No	No
Co-occurring Enhanced Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services provided in a 24-hour, safe, structured setting in the community. These services support the member's recovery from substance use disorders and moderate to severe mental health conditions. The services support a move back into the community and a return to social, work, and educational roles. Services are provided to support recovery. Clinical services, additional outpatient levels of care, and access to prescribers for medications are available.	No	No

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Family Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services provided in a 24-hour residential setting for families in which a parent has a substance use disorder. Rehabilitative services that support parents and children are provided along with ongoing support for developing and maintaining interpersonal and parenting skills and support family reunification and stability. Members receive therapy, case management, education, and rehabilitation based in the residence.	No	No
Transitional Age Youth and Young Adult Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services provided in a 24-hour residential setting for youth ages 16 to 21 or young adults ages 18 to 25 who are recovering from alcohol or other drug problems. Services include: individual or group therapy; case management; education; and rehabilitation based in the residence. Members also receive coordination of transportation and referrals to mental health providers for any co-occurring mental health conditions.	No	No
Youth Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services provided in a 24-hour residential setting for youth ages 13 to 17 who are recovering from alcohol or other drug problems. Services include: individual or group therapy; case management; education; and rehabilitation based in the residence. Members also receive coordination of transportation and referrals to mental health providers for any co-occurring mental health conditions.	No	No
Inpatient Services		
24-hour services, delivered in a licensed or state-operated hospital setting, that provide clinical intervention for mentalhealth or substance use diagnoses, or both. This service does not include continuing inpatient psychiatric care delivered at a facility that provides such services, as further specified by EOHHS. **(See details below)**		
Administratively Necessary Day (AND) Services – Day(s) of inpatient hospital services for members who are ready for discharge, but the right setting is not available. Services include appropriate continuing clinical services.	No	No
Inpatient Mental Health Services – Inpatient hospital services to evaluate and treat acute psychiatric conditions.	Yes	No
Inpatient Substance Use Disorder Services (Level 4) – Intensive inpatient hospital services provided in a hospital setting, able to treat Enrollees with acute medically complex withdrawal management needs, as well as co-occurring biomedical and/or psychiatric conditions. Services are delivered by an interdisciplinary staff of addiction credentialed physician and other appropriate credentialed treatment professionals with the full resources of a general acute care or psychiatric hospital available.	No	No
Observation/Holding Beds – Hospital services, for a period of up to 24 hours, that are used to assess, stabilize, and identify resources for members.	Yes	No
Outpatient Behavioral Health Services		
Acupuncture Treatment – The insertion of metal needles through the skin at certain points on the body as an aid to persons who are withdrawing from, or in recovery from, dependence on substances.	No	No

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Ambulatory Withdrawal Management – Outpatient services for members who are experiencing a serious episode of excessive substance use or complications from withdrawal when neither life nor significant bodily functions are threatened.	No	No
Applied Behavioral Analysis for members under 21 years of age (ABA Services) – A service for a member under the age of 21 with Autism Spectrum Disorder diagnosis (ASD). It is used to treat challenging behaviors that interfere with a youth's ability to function successfully. This service includes behavioral assessments; interpretation of behaviors; development of a treatment plan; supervision and coordination of treatments; and parent training to address specific goals.	Yes	No
Assessment for Safe and Appropriate Placement (ASAP) – An assessment for certain sexually abusive youth or arsonists who are in the care and custody of the Department of Children and Families (DCF), and who are being discharged from an inpatient or certain diversionary settings to a family home care setting. Services are provided through a DCF designated ASAP provider.	No	No
Case Consultation – A meeting between the treating provider and other behavioral health clinicians or the member's primary care physician, concerning a member. The meeting is used to identify and plan for additional services; coordinate or revise a treatment plan; and review the individual's progress.	No	No
Collateral Contact – A communication between a provider and individuals who are involved in the care or treatment of a member under 21 years old. Providers may include school and day care personnel, state agency staff, and human services agency staff.	No	No
Couples/Family Treatment – Therapy and counseling to treat a member and their partner or family in the same session.	No	No
Diagnostic Evaluation – An assessment of a member's functioning, used to diagnose and to design a treatment plan.	No	No
Dialectical Behavioral Therapy (DBT) – Outpatient treatment involving strategies from behavioral, cognitive, and supportive psychotherapies for members with certain disorders, including members with borderline personality disorder.	No	No
Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) – provided to children under three years of age who have a diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) and meet clinical eligibility criteria. Such services shall be provided only by DPH-approved, Early Intensive Behavioral Intervention Service Providers.	Yes	Yes
Family Consultation – A meeting with family members or others who are important to the member and to a member's treatment. The meeting is used to identify and plan for additional services; coordinate or revise a treatment plan; and review the individual's progress.	No	No
Group Treatment – Therapy and counseling to treat unrelated individuals in a group setting.	No	No
Individual Treatment – Therapy or counseling to treat an individual on a one-to-one basis.	No	No

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Inpatient-Outpatient Bridge Visit – A single-session consultation led by an outpatient provider while a member is still in an inpatient psychiatric unit. This visit includes the member and the inpatient provider.	No	No
Medication Visit – A visit to evaluate the appropriateness of the member's prescriptions for drugs used for behavioral health needs, as well as any need for monitoring by a psychiatrist or registered nurse clinical specialist for whether such drugs are useful and any side effects.	No	No
Opioid Treatment Services – Supervised assessment and treatment of an individual, using medications approved by the Food and Drug Administration, along with a range of medical and rehabilitative services to relieve the effects of opiate addiction. Includes detoxification and maintenance treatment.	No	No
Psychiatric Consultation on an Inpatient Medical Unit – A meeting between a psychiatrist or advanced practice registered nurse clinical specialist and a member at the request of the medical unit. It is used to assess the member's mental status and to consult on a behavioral health plan, including proper medications, with the medical staff.	No	No
Psychological Testing – Standardized tests used to assess a member's cognitive, emotional, neuropsychological, and verbal functioning.	No	No
Special Education Psychological Testing – Testing used toward the development of, or to determine the need for, an Individualized Educational Plan (IEP) for children.	No	No
Intensive Home and Community-Based Services for Youth		
Intensive behavioral health services provided to members in a community-based setting.		
In-Home Therapy Services – This service for children that often is delivered in a teamed approach, it includes a therapeutic clinical intervention and training and therapeutic support paraprofessional, as follows: **Therapeutic Clinical Intervention** – A therapeutic relationship between a masters clinician and the child and family. The aim is to treat the child's mental health needs by improving the family's ability to support the healthy functioning of the child within the family. The clinician develops a treatment plan and works with the family to improve problem-solving, limit-setting, communication, and emotional support or other functions. The qualified clinician may often work with in a Therapeutic Training and Support paraprofessional.	No	No
Therapeutic Training and Support – A service provided by paraprofessional working under the direction of the Masters level clinician to support implementation of a licensed clinician's treatment plan to achieve the goals of the treatment plan. This trained individual works with a master clinician to support a treatment plan that addresses the child's mental health and emotional challenges.		
Other Behavioral Health Services		
Electro-Convulsive Therapy (ECT) – A treatment that is used to treat depression that has not responded to medications and psychotherapy. This treatment initiates a seizure with an electric impulse while the individual is under anesthesia.	Yes	No

MassHealth Family Assistance Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Emergency Services Program (ESP) – Services provided to adults age 18 and over who are experiencing a behavioral health crisis. This service is provided by designated emergency service program providers or, in some cases, by outpatient hospital emergency departments. Services help identify, assess, treat, and stabilize the situation and to reduce the immediate risk of danger. Services are available 24 hours a day, seven days a week.	No	No
Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) – A treatment that is used to treat depression that has not responded to medications and psychotherapy. In this treatment, rapidly changing magnetic fields are applied to the brain through a wire attached to the scalp.	Yes	No
Specialing – Treatment services provided to a member in a variety of 24-hour settings, on a one-to-one basis, to maintain the individual's safety.	Yes	No
Youth Mobile Crisis Intervention – Services for youth under the age of 21 who are experiencing a behavioral health emergency. This service includes short-term mobile, on-site, and face-to-face treatment. It is used to identify, assess, treat, and stabilize the situation and to reduce the immediate risk of danger. Services are available 24 hours a day, seven days a week.	No	No

Copays

A copay is a small amount that a member pays when they get health services. The only time that a member may have a copay is when they get certain prescription drugs. Most members pay the following pharmacy copays:

- $1 for each prescription and refill for each generic drug and over-the-counter drug covered by MassHealth in the following drug classes: antihyperglycemics, antihypertensives, and antihyperlipidemics; and
- $3.65 for each prescription and refill for all other generic, brand-name, and over-the-counter drugs covered by MassHealth that are not $1 as outlined above or excluded.

If a member is receiving a 90-day supply of a MassHealth covered prescription drug, the total copay amount for that 90-day supply will still either be $1 or $3.65 as outlined above.

The following prescriptions and refills do NOT have any pharmacy copays:

- Drugs used for substance use disorder (SUD) treatment, such as medication-assisted therapy (MAT) (for example, Suboxone or Vivitrol),
- Certain preventive drugs such as low-dose aspirin for heart conditions, drugs used to prevent HIV, and drugs used to prepare for a colonoscopy,
- Certain vaccines and their administration,
- Family planning drugs or supplies, such as birth control pills (oral contraceptives),
- Drugs to help you stop smoking,
- Emergency services,
- Provider preventable services, or
- Other services described in MassHealth regulations (130 CMR 506.015 and 130 CMR 520.037).

Prescription drugs are the only benefit that may have copays. There are no copays for other covered services and benefits.

Members who do NOT have pharmacy copays

Some members do not have to pay a copay at all. You do not have to pay a MassHealth copay for any service covered by MassHealth if:

- Your income is at or below 50% of the federal poverty level (FPL)

- You are eligible for MassHealth because you are receiving certain public assistance benefits such as Supplemental Security Income (SSI), Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC), or services through the Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (EAEDC) Program. See regulations at 130 CMR 506.015 and 130 CMR 520.037
- You are under 21 years old
- You are pregnant or you have recently given birth (you are in the postpartum period)
- You are receiving benefits under MassHealth Limited (Emergency Medicaid)
- You are a member who has MassHealth Senior Buy-In or MassHealth Standard, and you are receiving a drug that is covered under Medicare Parts A and B only, when provided by a Medicare-certified provider,
- You are in a long-term care facility such as:
    - A nursing facility
    - Chronic-disease or rehabilitation hospital, or
    - Intermediate-care facility for individuals with intellectual disabilities or
    - You have been admitted to a hospital from such a facility or hospital
- You are receiving hospice services
- You were a foster care child and you are eligible for MassHealth Standard, until age 21 or 26 as described in regulations at 130 CMR 505.002(H),
- You are American Indian or an Alaska Native and you are currently receiving or have ever received services at the Indian Health Service (IHS), an Indian tribe, a tribal organization, or an urban Indian organization, or
- You are in another exempt category (see regulations at 130 CMR 506.015 or 130 CMR 520.037).

Copay Cap

Members are responsible for MassHealth pharmacy copays up to a monthly limit, called a copay cap, not to exceed 2% of the member's monthly household income.

- A copay cap is the highest dollar amount that members can be charged in pharmacy copays in a month.
- MassHealth calculates a monthly copay cap for each member based on the lowest income in their household and their household size. MassHealth rounds the copay cap down to the nearest $10 amount. No copay will be more than $60. The following table shows what the member's final monthly copay cap will be:

If the member's monthly copay cap is calculated to be:	The member's final monthly copay cap will be:
$0 to $9.99	No Copays
$10 to $19.99	$10
$20 to $29.99	$20
$30 to $39.99	$30
$40 to $49.99	$40
$50 to $59.99	$50
$60 or More	$60

- For example, if your monthly copay cap is $12.50 in July, you will not be charged more than $10 of copays in July. If your household income or family size changes in August, your monthly copay cap may change for August.

Members do not need to pay any more pharmacy copays once they have reached their pharmacy copay cap for the month. MassHealth will send members a letter when they reach the monthly copay cap. If the pharmacy tries to charge the member any more copays for that month, the member should show the pharmacy the letter and the pharmacy should not charge the copay. Members who do not receive a letter, or who have any questions, should call the MassHealth Customer Service Center. See contact information below.

Members who CANNOT pay the copay

The pharmacy cannot refuse to give members their covered drugs even if they cannot pay the copay. However, the pharmacy can bill members later for the copay. Members must call the MassHealth Customer Service if a pharmacy does

not give them the drugs. See contact information below.

Excluded Services

The following services or supplies are not covered under MassHealth, unless they are medically necessary, or as noted.

- Cosmetic surgery. There are exceptions if MassHealth agrees it is necessary for
  - Treating damage following injury or illness;
  - Breast reconstruction following a mastectomy; or
  - Other procedures that MassHealth determines are medically necessary
- Treatment for infertility. This includes in-vitro fertilization (IVF) and gamete intrafallopian tube (GIFT) procedures
- Experimental treatment
- A service or supply that is not provided by, or at the direction of, your provider or MassHealth. There are exceptions for:
  - Emergency services
  - Family planning services
- Noncovered laboratory services
- Personal comfort items such as air conditioners, radios, telephones, and televisions

Contact MassHealth

If you have questions, call the MassHealth Customer Service Center, Monday through Friday from 8:00 a.m. to 5:00 p.m. at (800) 841-2900 or TTY at (800) 497-4648 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.

Covered Services List for BeHealthy Partnership Members with CarePlus Coverage

Overview

The following table is an overview of the covered services and benefits for BeHealthy Partnership CarePlus members enrolled in a Primary Care Accountable Care Organization (PCACO) or the Primary Care Clinician (PCC) Plan. All services and benefits are covered directly by BeHealthy Partnership, except for behavioral health services, which are covered by the MassHealth behavioral health services contractor, the Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP).

The table also shows whether each service requires a referral (approval from your primary care clinician (PCC) or primary care provider (PCP)), prior authorization (permission from BeHealthy Partnership or one of our vendors), or both to receive the service. There is more information about prior authorizations and referrals in your member handbook. Before you receive some services, providers may ask for information related to your health care needs to determine if the service is appropriate and to register you for the service with your health plan (if required).

All services and benefits are covered directly by BeHealthy Partnership, except certain services are covered directly by MassHealth that we have indicated with an asterisk (*). BeHealthy Partnership will still coordinate these services for you.

You can call the BeHealthy Partnership Customer Service Center for more information about services and benefits or to ask questions at (800) 786-9999 or TTY at (711) for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled. You can also contact MassHealth Customer Service Center for more information about services and benefits or to ask questions at (800) 841-2900 or TTY at (800) 497-4648 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.

- For questions about behavioral health services, please call the MBHP at (800) 495-0086 or TTY at (617) 790-4130 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.
- For more information about the pharmacy covered service, go to the MassHealth Drug List at www.mass.gov/druglist.
- For questions about dental services, please call (800) 207-5019 or TTY at (800) 466-7566 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled or go to www.masshealth-dental.net.

Please keep in mind that MassHealth covered services and benefits change from time to time and flexibilities may be available because of COVID-19. This Covered Services List is for your general information only and should not serve as a sole resource for determining coverage (for example, there may be limits to what is covered for a service). MassHealth regulations control the covered services and benefits available to you. To access MassHealth regulations:

- go to MassHealth's website at www.mass.gov/masshealth or
- call the MassHealth Customer Service Center at (800) 841-2900 or TTY at (800) 497-4648 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled Monday through Friday from 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

MassHealth CarePlus Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Emergency Services		
Emergency Inpatient and Outpatient Services	No	No
Medical Services		
Abortion Services	No	No
Acupuncture Treatment – For use for pain relief or anesthesia	No	No
Acute Inpatient Hospital Services – Includes all inpatient services in an acute hospital, such as daily physician intervention, surgery, obstetrics, behavioral health, radiology, laboratory, and other diagnostic and treatment procedures. (May require pre-screening.)	No	No
Acute Outpatient Hospital Services – Services in a hospital's outpatient department or satellite clinic. They are generally provided, directed, or ordered by a physician. Services include specialty care, observation services, day surgery, diagnostic services, and rehabilitation services.	Yes	No
Ambulatory Surgery Services – Surgical, diagnostic, and medical services that provide diagnosis or treatment through operative procedures, including oral surgery, requiring general, local, or regional anesthesia to patients who do not require hospitalization or overnight services upon completion of the procedure, but who require constant medical supervision for a limited amount of time following the conclusion of the procedure.	Yes	No
Audiologist (Hearing) Services – Services include, but are not limited to, testing related to the determination of hearing loss, evaluation for hearing aids, prescription for hearing-aid devices, and aural rehabilitation.	No	No
Chiropractic Services – Chiropractic manipulative treatment, office visits, and some radiology services (e.g., X-rays).	No	No
Chronic Disease and Rehabilitation Hospital (CDRH) Services – Services in a chronic disease hospital or rehabilitation hospital for up to 100 days. If the member becomes eligible for another MassHealth coverage type (e.g., MassHealth Standard or CommonHealth), this coverage may be extended beyond 100 days. [Note: Admission in a CDRH and a Nursing Facility will be treated as one admission. In those cases, 100 days of combined CDRH and Nursing Facility Services is covered.]	Yes	No
Community Health Center Services - Examples include: • Specialty office visits • OB/GYN services • Pediatric services, including Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) services • Medical social services • Nutrition services, including diabetes self-management training and medical nutrition therapy • Vaccines/immunizations • Health education	No	No
Dialysis Services – Medically necessary renal dialysis that includes all services, supplies, and routine laboratory tests; also includes training	No	No

MassHealth CarePlus Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
for home dialysis.		
Diabetes Self-Management Training – Diabetes self-management training and education services furnished to an individual with pre-diabetes or diabetes by a physician or certain accredited qualified health care professionals (e.g., registered nurses, physician assistants, nurse practitioners, and licensed dieticians).	No	No
Digital Therapy Products – Digital therapy products designated by EOHHS. Such digital therapy products, even though such products are Non-ACO Covered Services, must be listed on Contractor's formulary in the same manner as listed on the MassHealth Drug List, with the same prior authorization status, point of sale (POS) rules, age restrictions, step therapy, quantity limit and diagnostic restrictions as MassHealth FFS. Claims for digital therapy products designated by EOHHS, which are Non-ACO Covered Services, must be processed through Contractor's on-line pharmacy claims processing system and be paid to the pharmacy at $0 pay, with $0 cost share for members.	No	No
Durable Medical Equipment (DME) – • Including but not limited to the purchase or rental of medical equipment, replacement parts, and repair for such items. • Enteral Nutritional Supplements (formula) and breast pumps (one per birth or as medically necessary) are covered under your DME benefit.	Yes	No
Family Planning Services	No	No
Hearing Aid Services	Yes	No
Home Health Services – Skilled and supportive care services provided in the member's home to meet skilled care needs and associated activities of daily living to allow the member to safely stay in their home. Available services include skilled nursing, medication administration, home health aide, and occupational, physical, and speech/language therapy.	Yes	No
Hospice Services – Members should discuss with MassHealth or their health plan the options for receiving hospice services.	No	No
Infertility Services - Diagnosis of infertility and treatment of underlying medical condition.	Yes	No
Laboratory Services – All services necessary for the diagnosis, treatment, and prevention of disease, and for the maintenance of health.	Yes	No
Medical Nutritional Therapy – Nutritional, diagnostic, therapy and counseling services for the purpose of a medical condition that are furnished by a physician, licensed dietician, licensed dietician/nutritionist, or other accredited qualified health care professionals (e.g., registered nurses, physician assistants, and nurse practitioners).	No	No
Nursing Facility Services – Services in a nursing facility for up to 100 days. If the member becomes eligible for another MassHealth coverage type (e.g., MassHealth Standard or CommonHealth), this coverage may be extended beyond 100 days. [Note: Admission in a Nursing Facility and a CDRH will be treated as one admission. In those cases, 100 days	Yes	No

MassHealth CarePlus Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
of combined Nursing Facility and CDRH services is covered.]		
Orthotic Services – Braces (nondental) and other mechanical or molded devices to support or correct any defect of form or function of the human body.	Yes	No
Oxygen and Respiratory Therapy Equipment	Yes	No
Podiatrist Services – Services for footcare	No	No
Primary Care (provided by member's PCC or PCP) – Examples include: • Office visits for primary care • Annual gynecological exams • Prenatal care • Diabetes self-management training • Tobacco cessation services • Fluoride varnish to prevent tooth decay in children and teens up to age 21	No	No
Prosthetic Services	Yes	No
Radiology and Diagnostic Services – Examples include: • X-Rays • Magnetic resonance imagery (MRI) and other imaging studies Radiation oncology services performed at radiation oncology centers (ROCs) that are independent of an acute outpatient hospital or physician service	Yes	No
Specialists – Examples include: • Office visits for specialty care • OB/GYN (No referral needed for prenatal care and annual gynecological exam) • Medical nutritional therapy	No	No
Therapy Services – Therapy services include diagnostic evaluation and therapeutic intervention, which are designed to improve, develop, correct, rehabilitate, or prevent the worsening of functional capabilities and/or disease, injury, or congenital disorder. Examples include: • Occupational therapy • Physical therapy • Speech/language therapy	Yes	No
Tobacco Cessation Services – Face-to-face individual and group tobacco cessation counseling and tobacco cessation drugs, including nicotine replacement therapy (NRT).	No	No
Wigs - As prescribed by a physician and related to a medical condition	Yes	No
Urgent Care Clinic Services – ACO Covered Services set forth in this Appendix C provided by an urgent care clinic.	No	No
Vaccine Counseling Services	No	No
Dental Services		
Adult Dentures – Full and partial dentures, and adjustments and repairs to those dentures, for adults ages 21 and over.	No	No
Diagnostic, Preventive, Restorative, and Major Dental Services – Used for the prevention, control, and treatment of dental diseases and the maintenance of oral health for children and adults.	No	No

MassHealth CarePlus Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Emergency-Related Dental Care	No	No
Oral Surgery – Performed in a dental office, outpatient hospital, or ambulatory surgery setting and which is medically necessary to treat an underlying medical condition.	Yes	No
Transportation Services		
Transportation Services: Emergency – Ambulance (air and land) transport that generally is not scheduled but is needed on an emergency basis. These include specialty care transport (that is, an ambulance transport of a critically injured or ill member from one facility to another, requiring care beyond the scope of a paramedic).	No	No
Transportation Services: Non-Emergency – Transportation by land ambulance, chair car, taxi, and common carriers to transport a member to and from a covered service.	Yes	No
Vision Services		
Vision Care – Includes: • Comprehensive eye exams once every year for members under 21 and once every 24 months for members 21 and over, and whenever medically necessary • Vision training • Ocular prosthesis; contacts, when medically necessary, as a medical treatment for a medical condition such as keratoconus • Bandage lenses • Prescription and dispensing of ophthalmic materials, including eyeglasses and other visual aids, excluding contacts	Yes	No
Pharmacy Services		
See copay information at the end of this section.		
Over-the-counter medicines	No	No
Prescription drugs	Yes	No
Behavioral Health Services		
Non 24-hour Diversionary Services		
Community Support Program (CSP) – Services delivered by a community-based, mobile, multi-disciplinary team. These services help members with a long-standing mental health or substance use disorder diagnosis. Services support members, and their families, who are at increased medical risk, and children and adolescents whose behavioral health issues impact how well they can function at home or in the community. Services include outreach and supportive services.	No	No
Intensive Outpatient Program (IOP) – A clinically intensive service that follows a discharge from an inpatient stay and helps members avoid readmission to an inpatient service and help move back to the community. The service provides coordinated treatment using a range of specialists.	No	No
Partial Hospitalization (PHP) – These services offer short-term day mental health programming available seven days per week, as an alternative to inpatient hospital services. These services include daily psychiatric management.	Yes	No

MassHealth CarePlus Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Program of Assertive Community Treatment (PACT) – A treatment team approach to providing acute, active, and long-term community-based mental health treatment, outreach, rehabilitation, and support. This service helps members to maximize their recovery, set goals, and be in the community. Services are provided in the community and are available 24 hours a day, seven days a week, 365 days a year, as needed.	No	No
Psychiatric Day Treatment – Mental health services for members who do not need an inpatient hospital stay, but who needs more treatment than a weekly visit. Psychiatric day treatment includes diagnostic, treatment, and rehabilitative services.	No	No
Recovery Coaching – A non-clinical service provided by peers who have lived experience with substance use disorder and who have been certified as recovery coaches. Members are connected with recovery coaches. Recovery coaches help members start treatment and serve as a guide to maintain recovery and to stay in the community.	No	No
Recovery Support Navigators (RSN) – Specialized care coordination services for members who have substance use disorder. This service helps members to access and receive treatment, including withdrawal management and step-down services, and to stay motivated for treatment and recovery.	No	No
Structured Outpatient Addiction Program (SOAP) – Substance use disorder services that are clinically intensive and offered in a structured setting in the day or evening. These programs can be used to help a member transition from an inpatient substance use disorder program. It can also be used by individuals who need more structured outpatient services for a substance use disorder. These programs may include specialized services for pregnant members, adolescents, and adults who need 24-hour monitoring.	No	No
24 Hour Diversionary Services		
Mental health and substance use disorder services used instead of inpatient hospital services. These services support a member returning to the community after an inpatient hospital stay, or help a member maintain functioning in the community.		
Acute Treatment Services (ATS) for Substance Use Disorders – Services used to treat substance use disorders on a 24-hour, seven days a week basis. Services may include assessment; use of approved medications for addictions; individual and group counseling; educational groups; and discharge planning. Pregnant members receive specialized services. Members receive additional services to treat other mental health conditions.	No	No

MassHealth CarePlus Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Clinical Support Services for Substance Use Disorders – 24-hour treatment services that can be used by themselves or after acute treatment services for substance use disorders. Services include education and counseling; outreach to families and significant others; medications for treating substance use disorders; referrals to primary care and community supports; and planning for recovery. Members with other mental health disorders receive coordination of transportation and referrals to mental health providers. Pregnant members receive coordination with their obstetrical care.	No	No
Medically Monitored Intensive Services - Acute Treatment Services (ATS) for Substance Use Disorders (Level 3.7) – 24-hour, seven days week, medically monitored addiction treatment services that provide evaluation and withdrawal management. Withdrawal management services are delivered by nursing and counseling staff under a physician-approved protocol and physician-monitored procedures and include: bio-psychosocial assessment; induction to FDA approved medications for addictions when appropriate, individual and group counseling; psychoeducational groups; and discharge planning. Pregnant women receive specialized services to ensure substance use disorder treatment and obstetrical care. Enrollees with Co-Occurring Disorders receive specialized services toensure treatment for their co-occurring psychiatric conditions. These services may be provided in licensed freestanding or hospital-based programs.	No	No
Community Crisis Stabilization – Services provided instead of inpatient hospital services. These services provide 24-hour observation and supervision for members.	No	No
Substance Use Disorder Diversionary Services		
Adult Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services for substance use disorder offered in a 24-hour residential setting. Services include: at least five hours of individual or group therapy each week; case management; education; and rehabilitation based in the residence. Some residential programs serve pregnant and post-partum members, and provide assessment and management of gynecological, obstetric, and other prenatal needs, and offer parenting skills education, child development education, parent support, family planning, nutrition, as well as opportunities for parent/child relational and developmental groups. Members receive coordination of transportation and referrals to mental health providers to ensure treatment for any other mental health conditions.	No	No
Family Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services provided in a 24-hour residential setting for families in which a parent has a substance use disorder. Rehabilitative services that support parents and children are provided along with ongoing support for developing and maintaining interpersonal and parenting skills and support family reunification and stability. Members receive therapy, case management, education, and rehabilitation based in the residence.	No	No

MassHealth CarePlus Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
Transitional Age Youth and Young Adult Residential Rehabilitation Services for Substance Use Disorders – Services provided in a 24-hour residential setting for youth ages 16 to 21 or young adults ages 18 to 25 who are recovering from alcohol or other drug problems. Services include: individual or group therapy; case management; education; and rehabilitation based in the residence. Members also receive coordination of transportation and referrals to mental health providers for any co-occurring mental health conditions.	No	No
Inpatient Services		
24-hour services, delivered in a licensed or state-operated hospital setting, that provide clinical intervention for mentalhealth or substance use diagnoses, or both. This service does not include continuing inpatient psychiatric care delivered at a facility that provides such services, as further specified by EOHHS. **(See details below)**		
1. **Inpatient Mental Health Services** – Inpatient hospital services to evaluate and treat acute psychiatric conditions.	Yes	No
2. **Inpatient Substance Use Disorder Services (Level 4)** – Intensive inpatient hospital services provided in a hospital setting, able to treat Enrollees with acute medically complex withdrawal management needs, as well as co-occurring biomedical and/or psychiatric conditions. Services are delivered by an interdisciplinary staff of addiction credentialed physician and other appropriate credentialed treatment professionals with the full resources of a general acute care or psychiatric hospital available.	No	No
3. **Observation/Holding Beds** – Hospital services, for a period of up to 24 hours, that are used to assess, stabilize, and identify resources for members.	Yes	No
4. **Administratively Necessary Day (AND) Services** – Day(s) of inpatient hospital services for members who are ready for discharge, but the right setting is not available. Services include appropriate continuing clinical services.	No	No
Outpatient Behavioral Health Services		
Acupuncture Treatment – The insertion of metal needles through the skin at certain points on the body as an aid to persons who are withdrawing from, or in recovery from, dependence on substances.	No	No
Ambulatory Withdrawal Management – Outpatient services for members who are experiencing a serious episode of excessive substance use or complications from withdrawal when neither life nor significant bodily functions are threatened.	No	No
Case Consultation – A meeting between the treating provider and other behavioral health clinicians or the member's primary care physician, concerning a member. The meeting is used to identify and plan for additional services; coordinate or revise a treatment plan; and review the individual's progress.	No	No
Couples/Family Treatment – Therapy and counseling to treat a member and their partner or family in the same session.	No	No
Diagnostic Evaluation – An assessment of a member's functioning, used to diagnose and to design a treatment plan.	No	No
Dialectical Behavioral Therapy (DBT) – Outpatient treatment involving	No	No

MassHealth CarePlus Covered Services	Prior authorization required for some or all of the services?	Referral required for some or all of the services?
strategies from behavioral, cognitive, and supportive psychotherapies for members with certain disorders, including members with borderline personality disorder.		
Group Treatment – Therapy and counseling to treat unrelated individuals in a group setting.	No	No
Individual Treatment – Therapy or counseling to treat an individual on a one-to-one basis.	No	No
Inpatient-Outpatient Bridge Visit – A single-session consultation led by an outpatient provider while a member is still in an inpatient psychiatric unit. This visit includes the member and the inpatient provider.	No	No
Medication Visit – A visit to evaluate the appropriateness of the member's prescriptions for drugs used for behavioral health needs, as well as any need for monitoring by a psychiatrist or registered nurse clinical specialist for whether such drugs are useful and any side effects.	No	No
Opioid Treatment Services – Supervised assessment and treatment of an individual, using medications approved by the Food and Drug Administration, along with a range of medical and rehabilitative services to relieve the effects of opiate addiction. Includes detoxification and maintenance treatment.	No	No
Psychiatric Consultation on an Inpatient Medical Unit – A meeting between a psychiatrist or advanced practice registered nurse clinical specialist and a member at the request of the medical unit. It is used to assess the member's mental status and to consult on a behavioral health plan, including proper medications, with the medical staff.	No	No
Psychological Testing – Standardized tests used to assess a member's cognitive, emotional, neuropsychological, and verbal functioning.	No	No
Other Behavioral Health Services		
Electro-Convulsive Therapy (ECT) – A treatment that is used to treat depression that has not responded to medications and psychotherapy. This treatment initiates a seizure with an electric impulse while the individual is under anesthesia.	Yes	No
Emergency Services Program (ESP) – Services provided to adults age 18 and over who are experiencing a behavioral health crisis. This service is provided by designated emergency service program providers or, in some cases, by outpatient hospital emergency departments. Services help identify, assess, treat, and stabilize the situation and to reduce the immediate risk of danger. Services are available 24 hours a day, seven days a week.	No	No
Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) – A treatment that is used to treat depression that has not responded to medications and psychotherapy. In this treatment, rapidly changing magnetic fields are applied to the brain through a wire attached to the scalp.	Yes	No
Specialing – Treatment services provided to a member in a variety of 24-hour settings, on a one-to-one basis, to maintain the individual's safety.	Yes	No

Copays

A copay is a small amount that a member pays when they get health services. The only time that a member may have a copay is when they get certain prescription drugs. Most members pay the following pharmacy copays:

- $1 for each prescription and refill for each generic drug and over-the-counter drug covered by MassHealth in the following drug classes: antihyperglycemics, antihypertensives, and antihyperlipidemics; and
- $3.65 for each prescription and refill for all other generic, brand-name, and over-the-counter drugs covered by MassHealth that are not $1 as outlined above or excluded.

If a member is receiving a 90-day supply of a MassHealth covered prescription drug, the total copay amount for that 90-day supply will still either be $1 or $3.65 as outlined above.

The following prescriptions and refills do NOT have any pharmacy copays:

- Drugs used for substance use disorder (SUD) treatment, such as medication-assisted therapy (MAT) (for example, Suboxone or Vivitrol),
- Certain preventive drugs such as low-dose aspirin for heart conditions, drugs used to prevent HIV, and drugs used to prepare for a colonoscopy,
- Certain vaccines and their administration,
- Family planning drugs or supplies, such as birth control pills (oral contraceptives),
- Drugs to help you stop smoking,
- Emergency services,
- Provider preventable services, or
- Other services described in MassHealth regulations (130 CMR 506.015 and 130 CMR 520.037).

Prescription drugs are the only benefit that may have copays. There are no copays for other covered services and benefits.

Members who do NOT have pharmacy copays

Some members do not have to pay a copay at all. You do not have to pay a MassHealth copay for any service covered by MassHealth if:

- Your income is at or below 50% of the federal poverty level (FPL)
- You are eligible for MassHealth because you are receiving certain public assistance benefits such as Supplemental Security Income (SSI), Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC), or services through the Emergency Aid to the Elderly, Disabled and Children (EAEDC) Program. See regulations at 130 CMR 506.015 and 130 CMR 520.037
- You are under 21 years old
- You are pregnant or you have recently given birth (you are in the postpartum period)
- You are receiving benefits under MassHealth Limited (Emergency Medicaid)
- You are a member who has MassHealth Senior Buy-In or MassHealth Standard, and you are receiving a drug that is covered under Medicare Parts A and B only, when provided by a Medicare-certified provider,
- You are in a long-term care facility such as:
    - A nursing facility
    - Chronic-disease or rehabilitation hospital, or
    - Intermediate-care facility for individuals with intellectual disabilities or
    - You have been admitted to a hospital from such a facility or hospital
- You are receiving hospice services
- You were a foster care child and you are eligible for MassHealth Standard, until age 21 or 26 as described in regulations at 130 CMR 505.002(H),
- You are American Indian or an Alaska Native and you are currently receiving or have ever received services at the Indian Health Service (IHS), an Indian tribe, a tribal organization, or an urban Indian organization, or
- You are in another exempt category (see regulations at 130 CMR 506.015 or 130 CMR 520.037).

Copay Cap

Members are responsible for MassHealth pharmacy copays up to a monthly limit, called a copay cap, not to exceed 2% of the member's monthly household income.

- A copay cap is the highest dollar amount that members can be charged in pharmacy copays in a month.
- MassHealth calculates a monthly copay cap for each member based on the lowest income in their household and their household size. MassHealth rounds the copay cap down to the nearest $10 amount. No copay will be more than $60. The following table shows what the member's final monthly copay cap will be:

If the member's monthly copay cap is calculated to be:	The member's final monthly copay cap will be:
$0 to $9.99	No Copays
$10 to $19.99	$10
$20 to $29.99	$20
$30 to $39.99	$30
$40 to $49.99	$40
$50 to $59.99	$50
$60 or More	$60

- For example, if your monthly copay cap is $12.50 in July, you will not be charged more than $10 of copays in July. If your household income or family size changes in August, your monthly copay cap may change for August.

Members do not need to pay any more pharmacy copays once they have reached their pharmacy copay cap for the month. MassHealth will send members a letter when they reach the monthly copay cap. If the pharmacy tries to charge the member any more copays for that month, the member should show the pharmacy the letter and the pharmacy should not charge the copay. Members who do not receive a letter, or who have any questions, should call the MassHealth Customer Service Center. See contact information below.

Members who CANNOT pay the copay

The pharmacy cannot refuse to give members their covered drugs even if they cannot pay the copay. However, the pharmacy can bill members later for the copay. Members must call the MassHealth Customer Service if a pharmacy does not give them the drugs. See contact information below.

Excluded Services

The following services or supplies are not covered under MassHealth, unless they are medically necessary, or as noted.

- Cosmetic surgery. There are exceptions if MassHealth agrees it is necessary for
  - Treating damage following injury or illness;
  - Breast reconstruction following a mastectomy; or
  - Other procedures that MassHealth determines are medically necessary
- Treatment for infertility. This includes in-vitro fertilization (IVF) and gamete intrafallopian tube (GIFT) procedures
- Experimental treatment
- A service or supply that is not provided by, or at the direction of, your provider or MassHealth. There are exceptions for:
  - Emergency services
  - Family planning services
- Noncovered laboratory services
- Personal comfort items such as air conditioners, radios, telephones, and televisions

Contact MassHealth

If you have questions, call the MassHealth Customer Service Center, Monday through Friday from 8:00 a.m. to 5:00 p.m. at (800) 841-2900 or TTY at (800) 497-4648 for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.

AVISOS LEGALES Y FORMULARIOS

Directivas Anticipadas: Planificación de la atención médica futura

Una Directiva Anticipada es algo que usted escribe o firma que establece quién le gustaría que tome decisiones de atención médica en su nombre y qué tratamiento de atención médica quiere o no si se enferma o se lesiona y no puede hablar ni escribir. Puede incluir su decisión de no usar medidas extraordinarias, como un respirador, o puede sencillamente incluir su deseo de ser donante de órganos.

Hay dos tipos de Directivas Anticipadas: El Apoderado para la Atención Médica y el Testamento Vital.

El Apoderado para la Atención Médica es la persona que puede actuar en su nombre si su médico declara por escrito que usted no puede tomar sus propias decisiones de atención médica. En Massachusetts, si tiene al menos dieciocho años y está en cabal juicio (puede tomar decisiones solo) puede elegir un Apoderado para la Atención Médica completando un formulario de Apoderado para la Atención Médica. Comuníquese con su médico para obtener una copia del formulario.

El Testamento Vital le permite determinar qué tipo de atención quiere o no si no puede tomar decisiones de atención médica. Por ejemplo, puede no querer que lo mantengan con vida utilizando soporte vital. Su Testamento Vital ayuda a su Apoderado para la Atención Médica a tomar decisiones por usted. Si no tiene un Apoderado para la Atención Médica, o su Apoderado de Atención Médica no está disponible, el Testamento Vital puede ayudar a los Profesionales a atenderlo.

Si elige firmar un Poder para la Atención Médica o un Testamento Vital, puede cambiar de opinión en cualquier momento y escribir y firmar un nuevo Poder para la Atención Médica o Testamento Vital.

No hay una ley de Massachusetts que rija específicamente o reconozca los Testamentos Vitales. Sin embargo, si ha autorizado legalmente a alguien a cuidar sus necesidades de atención médica, se admiten las instrucciones del Testamento Vital como prueba de sus deseos.

Puede hablar con su médico para más información sobre las Directivas Anticipadas. Para obtener más información, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros 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 1 de enero de 2022. 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 usa o comparte HNE su información médica?

HNE y sus entidades afiliadas participan en un acuerdo de atención médica organizada (OHCA, por su sigla en inglés) y Organizaciones de atención responsable (ACO, por su sigla en inglés), tales como Pioneer Valley Accountable Care ACO y BeHealthy Partnership ACO. Los proveedores de HNE y demás participantes en estos OHCA y ACO compartirán su información médica entre sí para tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con el OHCA o la ACO.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos del mercado por parte de los fabricantes
- Reportar reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

¿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.

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.

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.

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 funerales y organizaciones que ayudan a encontrar órganos, ojos y tejido para donaciones o trasplantes.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Investigación: Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyan con el bienestar público, como p. ej. salud pública e investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones previstas en la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información visite:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

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.

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.

¿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 una lista (recuento) de determinadas divulgaciones:
Tiene el derecho a solicitar un recuento de las veces que hemos compartido su información médica. Este requisito de recuento se aplica durante seis años después de la fecha de la divulgación, comenzando con las divulgaciones que tuvieron lugar después del 14 de abril de 2003.

HNE proporcionará un recuento de todas las divulgaciones salvo aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y ciertas otras divulgaciones (como p. ej. cualquiera que usted nos haya pedido hacer).

Si solicita este recuento más de una vez en un período de 12 meses, podríamos cobrarle 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.

BeHealthy Partnership℠

Baystate Health Care Alliance in Partnership with Health New England

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 médica 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 Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) a la persona que usted elija. 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 el Servicio de Atención al Miembro al **(413) 788-0123 or (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

- ***N.º de identificación de miembro de BeHealthy Partnership de su tarjeta de identificación de miembro.***
- ***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 puede 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 Médica Confidencial. (Tenga en cuenta que aún debe marcar las casillas para compartir cualquier Información Confidencial si desea autorizar la divulgación de esta información).
- ***Información Médica Confidencial:*** Marque las casillas para los tipos de información autorizada, si corr`esponde. Tenga en cuenta lo siguiente: Se requiere la firma de un menor mayor de 12 años de edad para autorizar la divulgación de Información Médica 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 médica, 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/Apelaciones:*** Marque si solo autoriza la divulgación para ayudarle 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 la fecha de finalización, si corresponde. BeHealthy Partnership/Health New England tiene un período de conservación de registros de diez (10) años. Si no proporciona una fecha de finalización, esta autorización tendrá validez por diez (10) años a partir de la fecha en que se firma. Si desea poner fin a esta autorización antes, debe enviarnos un aviso por escrito para poner fin a 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.).

BeHealthy Partnership™
Baystate Health Care Alliance in Partnership with Health New England

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

1.

N.º de identificación de miembro: (N.º de tarjeta de BeHealthy Partnership):

Dirección particular:

Nombre del miembro:

Teléfono particular: | Fecha de nacimiento:

2.

Nombre del representante:

Dirección:

Teléfono: | Particular: | Celular: | Laboral:

Relación con el miembro:

3.

Proporcione el tipo de información que se puede divulgar y cualquier limitación de fecha.
Autorizo a BeHealthy Partnership a divulgar la siguiente información médica a mi Representante Personal:
☐ Toda la información médica no confidencial

Los siguientes tipos de información médica confidencial (marque todas las opciones que autoriza)*

☐ Aborto	☐ Abuso de alcohol/sustancias	☐ Salud mental	☐ Embarazo
☐ SIDA/VIH	☐ Análisis genéticos	☐ Abuso físico	☐ Enfermedades de transmisión sexual

☐ **Solamente la información especificada [tipo(s)/fecha(s)]:**

**Los miembros de 12 años de edad o mayores deben autorizar específicamente cada tipo de Información Médica Confidencial que se puede divulgar.*

4.

Motivo: ☐ **Cualquier motivo** ☐ **Solo apelación o queja** ☐ **Otro**: *(Especifique abajo)*

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 volverá a divulgar mi información médica 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 al plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios.

La Sección 5 continúa en la página siguiente.

	c. **Comprendo que esta Autorización se mantendrá en vigencia hasta lo que suceda primero de lo siguiente: _____ (fecha), o diez (10) años a partir de la fecha de la firma del miembro, o hasta que yo proporcione un aviso de revocación por escrito a la dirección que se detalla al final de este formulario.** 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.	**He leído y comprendido los términos de esta Autorización. Por el presente, consciente y voluntariamente, autorizo a BeHealthy Partnership a utilizar o divulgar mi información de la manera que se describe anteriormente.** _____ _____ **Firma de la persona que autoriza la divulgación de información médica** **Fecha**
7.	**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.).** _____ _____ _____ **Firma del tutor legal autorizado, Agente de atención de la salud u otro Representante Personal** **Relación** **Fecha**

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

BeHealthy Partnership℠

Baystate Health Care Alliance in Partnership with Health New England

Evaluación de necesidades de atención de BeHealthy Partnership

Tómese unos minutos para completar esta encuesta.
Su evaluación de salud ayudará a BeHealthy Partnership a brindar mejores servicios de salud y coordinar la atención que recibe. La información que proporcione se mantendrá privada. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios de MassHealth/Medicaid.
Instrucciones para la encuesta
1. Complete un formulario de evaluación para cada miembro nuevo.
2. Deberá tener a mano:
a. Su número de tarjeta de seguro de miembro de BeHealthy Partnership
b. Los nombres, números de teléfono y direcciones de su médico o enfermero
3. Responda cada pregunta marcando la casilla adecuada o completando su respuesta en el espacio proporcionado.
4. Tardará unos 15 minutos en completar esta encuesta.

Información personal			
Nombre de la persona que llena este formulario:			
Relación de la persona que completa este formulario con el miembro: ☐ Sí mismo ☐ Padre/madre ☐ Cónyuge/pareja ☐ Cuidador profesional ☐ Representante autorizado (Explique: _____)			
Nombre del miembro (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):			
Identificación del miembro de MassHealth:	Fecha de nacimiento: / /	¿Cuál fue el sexo que le asignaron al nacer? ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Intersexual ☐ No especificado ☐ Mi sexo no está mencionado ☐ No estoy seguro/no sé ☐ Prefiero no decirlo	
Dirección (número y calle)	Ciudad/Pueblo	Estado	Código postal
Número de teléfono: ☐ Hogar ( )	☐ Celular ( )	Correo electrónico:	
¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted? ☐ Teléfono del hogar ☐ Celular - Llamada ☐ Celular - Mensaje de texto ☐ Correo electrónico			
¿Cuál es su idioma de preferencia para **hablar sobre la atención médica**? ☐ Inglés ☐ Vietnamita ☐ Español ☐ Ucraniano ☐ Nepalí ☐ Portugués ☐ Ruso ☐ Otro: _____		¿Cuál es su idioma escrito de preferencia para **leer información sobre la salud**? ☐ Inglés ☐ Vietnamita ☐ Español ☐ Ucraniano ☐ Nepalí ☐ Portugués ☐ Ruso ☐ Otro: _____	

¿Qué tan bien habla inglés?	¿Es de origen o ascendencia hispana o latina?
☐ Muy bien ☐ Bien ☐ No muy bien ☐ Para nada bien ☐ N/C Niño menor de 5 años ☐ Prefiero no decirlo	☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no decirlo ☐ No estoy seguro/no sé

¿Cómo describiría su raza? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Indígena americana/nativa de Alaska
- ☐ Asiática
- ☐ Afrodescendiente/afronorteamericana
- ☐ Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
- ☐ Blanca
- ☐ Mi raza no está mencionada
- ☐ Prefiero no decirlo
- ☐ No estoy seguro/no sé

¿Cómo describiría sus orígenes culturales/étnicos? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Africano
- ☐ Afronorteamericano
- ☐ Albanés
- ☐ Estadounidense
- ☐ Argentino
- ☐ Armenio
- ☐ Hindú
- ☐ Brasileño
- ☐ Camboyano
- ☐ Camerunés
- ☐ Canadiense
- ☐ Caboverdiano
- ☐ Isleño del Caribe
- ☐ Centroamericano
- ☐ Chino
- ☐ Isleño de Cocos
- ☐ Colombiano
- ☐ Cubano
- ☐ Dominicano
- ☐ Europeo del este
- ☐ Europeo
- ☐ Filipino
- ☐ Francés
- ☐ Guatemalteco
- ☐ Haitiano
- ☐ Hondureño
- ☐ Japonés
- ☐ Kiribatiano (isleño del Pacífico)
- ☐ Coreano
- ☐ Laosiano/Lao
- ☐ Mexicano, mexicoestadounidense, chicano
- ☐ De Medio Oriente o África del norte
- ☐ Nepalí
- ☐ Nigeriano
- ☐ Portugués
- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Rumano
- ☐ Ruso
- ☐ Salvadoreño
- ☐ Somalí
- ☐ Sudamericano
- ☐ Suizo
- ☐ Ucraniano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro_____
- ☐ Prefiero no decirlo
- ☐ No estoy seguro/no sé

Usted se considera *(elija la opción que mejor lo describa):*	¿Cuál de estas opciones describen mejor su identidad de género actual? Marque todo lo que corresponda.
☐ Heterosexual ☐ Homosexual (gay) o lesbiana ☐ Bisexual ☐ Pansexual ☐ *Queer* ☐ Asexual ☐ No estoy seguro sobre mi sexualidad ☐ Mi orientación sexual no se menciona ☐ Prefiero no decirlo	☐ Niña/mujer/femenina ☐ Niño/hombre/masculino ☐ No binario, género *queer* o no exclusivamente femenino o masculino ☐ Niña/mujer/femenina transgénero ☐ Niño/hombre/masculino transgénero ☐ Dos espíritus ☐ Mi identidad de género no se menciona ☐ No estoy seguro/no sé ☐ Prefiero no decirlo

Discapacidad/servicios y apoyos a largo plazo	
¿Es sordo o tiene dificultades graves para escuchar? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/no sé ☐ Prefiero no decirlo	¿Es ciego o tiene dificultades graves para ver, incluso con lentes? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/no sé ☐ Prefiero no decirlo
Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/no sé ☐ Prefiero no decirlo	(Usando su idioma habitual) ¿Tiene dificultades para comunicarse (por ejemplo, para entender o ser entendido)? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/no sé ☐ Prefiero no decirlo
Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer tareas solo como visitar al médico o ir de compras? Seleccione todas las actividades de la vida diaria (*activities of daily living*, ADL) que correspondan: ☐ Hacer compras ☐ Visitar el consultorio del médico ☐ No, no tengo ninguna dificultad ☐ No estoy seguro/no sé ☐ Prefiero no decirlo	¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse? Seleccione todas las actividades de la vida diaria que correspondan: ☐ Vestirse ☐ Bañarse ☐ No, no tengo ninguna dificultad ☐ No estoy seguro/no sé ☐ Prefiero no decirlo
¿Tiene dificultades graves para caminar o subir escaleras? Seleccione todas las actividades de la vida diaria que correspondan: ☐ Caminar ☐ Subir escaleras ☐ No, no tengo ninguna dificultad ☐ No estoy seguro/no sé ☐ Prefiero no decirlo	¿Con cuál de las siguientes actividades de la vida diaria tiene dificultades? ☐ Aseo personal ☐ Alimentarse ☐ Continencia ☐ Trasladarse ☐ Ninguna ☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no decirlo
¿Con cuál de las siguientes actividades instrumentales de la vida diaria tiene dificultades? ☐ Hacer tareas domésticas livianas ☐ Administración de medicamentos ☐ Preparar las comidas ☐ Salud bucal (cepillado de dientes) ☐ Manejo de vehículos ☐ Ninguna ☐ Otra, especifique: _____ ☐ Prefiero no decirlo	

¿Actualmente usa o necesita algún equipo médico o de diagnóstico? ☐ Sí ☐ No (Si responde no, omita la siguiente pregunta) ☐ Prefiero no decirlo	Marque todo lo que corresponda: ☐ No necesito ni uso ninguno de estos equipos. **Uso** / **Necesito** Silla de ruedas ☐ ☐ Bastón/andador ☐ ☐ Audífonos ☐ ☐ Oxígeno ☐ ☐ CPAP (para apnea de sueño) ☐ ☐ Monitor de glucosa ☐ ☐ Monitor de presión arterial ☐ ☐ Otro: _____ ☐ ☐
¿Hay otros adultos que vivan con usted? *Responda solo si es mayor de 18 años de edad.* ☐ Sí ☐ No ☐ N/C (menor de 18 años) ☐ Prefiero no decirlo	¿Quién es su cuidador principal? *Responda solo si es menor de 18 años de edad.* ☐ Padre/madre ☐ Abuelo/a ☐ Otro familiar (p. ej., tía) ☐ Padre/madre de crianza temporal ☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no responder ☐ No tengo un cuidador principal (explique:_____)

¿Actualmente está usando alguno de los siguientes beneficios de MassHealth? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Servicios de salud durante el día para adultos
- ☐ Servicios de cuidado temporal para adultos
- ☐ Servicios de enfermería especializada continuos (después de 100 días de servicios)
- ☐ Servicios de habilitación durante el día
- ☐ Programa de intervención temprana
- ☐ Servicios de cuidado grupal temporal para adultos
- ☐ Servicios de centros de enfermería (después de 100 días de servicios)
- ☐ Servicios hospitalarios y ambulatorios del hospital para la rehabilitación de enfermedades crónicas (después de 100 días de servicios)
- ☐ Servicios de educación especial
- ☐ Servicios de asistente de cuidado personal (lo que incluye el Programa de vivienda transicional)
- ☐ En este momento no estoy usando ningún servicio de MassHealth
- ☐ Prefiero no decirlo

Necesidades sociales relacionadas con la salud	
Durante el año pasado, ¿usted (su hijo) **no pudo** obtener algo de lo siguiente cuando fue **realmente necesario**? Seleccione todo lo que corresponda. ☐ Servicios públicos (calefacción o gas) ☐ Medicamentos/atención de la salud (médica, dental, salud mental, visión) ☐ Transporte ☐ Educación o educación en la primera infancia ☐ Empleo ☐ Teléfono ☐ Internet ☐ Ropa ☐ Cuidado infantil ☐ No, yo (mi hijo) pude (pudo) obtener todo lo anterior cuando lo necesité (necesitó) ☐ Prefiero no decirlo ☐ Otra, especifique: _____	En los últimos 12 meses, se preocupó de que su comida (la comida de su hijo) se acabara antes de tener dinero para comprar más. ☐ Cierto a menudo ☐ Cierto a veces ☐ Nunca fue cierto ☐ Prefiero no decirlo ☐ Otro, especifique: _____
¿Cuál es su situación de vivienda (la de su hijo) actualmente? ☐ Yo (mi hijo) no tengo (tiene) vivienda ☐ Yo (mi hijo) tengo (tiene) vivienda actualmente, pero me preocupa perderla ☐ Yo (mi hijo) tengo (tiene) vivienda ☐ Prefiero no decirlo ☐ Otro, especifique: _____	¿Con qué frecuencia usted (su hijo) ve o habla con personas a las que aprecia y se siente cercano? (Por ejemplo: hablar por teléfono con amigos, visitar amigos o familiares, ir a la iglesia o reuniones en un club) ☐ Menos de una vez a la semana ☐ 1 a 3 días por semana ☐ 4 a 6 días por semana ☐ Todos los días ☐ Prefiero no decirlo ☐ Otro, especifique: _____
¿Usted (su hijo) se siente física y emocionalmente seguro donde vive actualmente? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/no sé ☐ Prefiero no decirlo	¿A usted (su hijo) le gustaría recibir ayuda para ponerse en contacto con recursos? Seleccione a continuación: ☐ Vivienda ☐ Alimentos ☐ Servicios públicos (gas, calefacción, teléfono e internet) ☐ Cualquier tipo de atención de la salud ☐ Transporte ☐ Educación o educación en la primera infancia ☐ Empleo ☐ Apoyos sociales ☐ Recursos sobre violencia doméstica ☐ Otro, especifique: _____

Información de salud general	
¿Cómo describiría su salud en este momento? ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Prefiero no decirlo	¿Tiene un médico o enfermero al que generalmente acude para sus necesidades de atención médica? ☐ Sí ☐ No (Si responde no, omita las siguientes 2 preguntas) ☐ Elijo no responder esta pregunta
Proporcione el nombre y la dirección de su médico o enfermero:	¿Ha visto a su médico/enfermero en el último año? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez recibió tratamiento o actualmente está recibiendo tratamiento para alguno de los siguientes problemas de salud? Marque todo lo que corresponda:

☐ Nunca he recibido tratamiento para ninguno de estos problemas de salud.

	Actualmente	**En el pasado**
Asma	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐
Cáncer	☐	☐
Enfermedad del riñón	☐	☐
EPOC	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐
Dolor crónico	☐	☐
COVID prolongado	☐	☐
VIH/SIDA	☐	☐
Accidente cerebrovascular	☐	☐
Obesidad/problemas de peso	☐	☐
Otro problema de salud, especifique: _____	☐	☐

¿Actualmente toma con regularidad algún medicamento de venta con receta? ☐ Sí ☐ No (Si responde no, omita la siguiente pregunta) ☐ Prefiero no decirlo	Si es afirmativo, ¿cuántas veces? ☐ 1 a 3 ☐ 4 o más
En los últimos 12 meses, ¿recibió atención en una sala de emergencias? ☐ Sí ☐ No (Si responde no, omita la siguiente pregunta) ☐ Prefiero no decirlo	Si responde sí, ¿cuántas veces? ☐ 1 a 3 ☐ 4 a 6 ☐ Más de 6

En los últimos 12 meses, ¿permaneció una noche en un hospital?	Si responde sí, ¿cuántas veces?
☐ Sí ☐ No (Si responde no, omita la siguiente pregunta) ☐ Prefiero no decirlo	☐ 1 a 3 ☐ 4 a 6 ☐ Más de 6

¿Hay algo que desee hacer para mejorar su salud?

☐ Ejercicio	☐ Dieta saludable
☐ Dejar de fumar	☐ Tomar los medicamentos correctamente
☐ Disminuir el consumo de alcohol	☐ En este momento no tengo ningún objetivo ni preocupación respecto a la salud
☐ Bajar de peso	☐ Elijo no responder esta pregunta
☐ Reducir el estrés	☐ Otro, especifique: _____

Salud conductual

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se sintió molesto debido a los siguientes problemas?
Marque una casilla por fila.

	Nunca	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
Sentirse nervioso, ansioso o al límite				
No poder detener o controlar la preocupación				
Sentirse triste, sentirse deprimido o sin esperanzas				
Poco interés o placer para hacer las cosas				

¿Actualmente está recibiendo consejería u otros servicios para la depresión o la tristeza?	Si la respuesta es “sí”, indique los servicios recibidos:	Si la respuesta es “no”, ¿le interesa ser referido a consejería?
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez le diagnosticaron alguna de las siguientes afecciones de salud mental? Marque todo lo que corresponda.

☐ Nunca me han diagnosticado ninguna de estas afecciones de salud mental.

	Actualmente	**En el pasado**
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	☐	☐
Depresión	☐	☐
Trastorno bipolar	☐	☐
Ansiedad/ataques de pánico	☐	☐
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	☐	☐
Esquizofrenia	☐	☐
Demencia/Enfermedad de Alzheimer	☐	☐
Otra afección de salud mental, especifique: _____	☐	☐

¿Alguna vez tomó o usó más drogas de lo que quería?

☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no decirlo

¿Ha sentido que quería o necesitaba reducir su consumo de alcohol o drogas?

☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no decirlo

¿Ha consumido alguna vez alguna de las siguientes sustancias? Marque todo lo que corresponda.

☐ Nunca consumí ninguna de estas sustancias.

	Actualmente	**En el pasado**
Alcohol	☐	☐
Nicotina	☐	☐
Anfetamina	☐	☐
Ansiolítico	☐	☐
Barbitúrico	☐	☐
Analgésico recetado	☐	☐
Cocaína/Crack	☐	☐
Heroína	☐	☐
LSC/ácido	☐	☐
Marihuana	☐	☐
Metanfetamina/metanfetamina en cristal	☐	☐
Otra sustancia, especifique: _____	☐	☐

¿Actualmente está usando alguno de los siguientes servicios de salud conductual? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados
- ☐ Tratamiento de salud mental ambulatorio (consejería)
- ☐ Programas de evaluación de emergencias (servicios en caso de crisis)
- ☐ Tratamiento con fármacos recetados para la salud mental (por ejemplo, Seroquel, Prozac, Depakote, entre otros)
- ☐ Tratamiento hospitalario para el trastorno de uso de sustancias (desintoxicación)
- ☐ Tratamiento ambulatorio para el trastorno de uso de sustancias (consejería)
- ☐ Tratamiento en centro especializado en el uso de sustancias (Tratamiento asistido con medicamentos [*medication assisted treatment*, MAT] para el trastorno de uso de sustancias, como suboxona, metadona, Vivitrol)
- ☐ No uso ninguno de los servicios mencionados anteriormente
- ☐ Prefiero no decirlo
- ☐ Otro servicio de salud conductual, especifique: _____

¿Actualmente recibe servicios de alguna de las siguientes agencias estatales? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Oficina de Servicios de Adicción a Sustancias (*Bureau of Substance Abuse Services*, BSAS)
- ☐ Departamento de Salud Mental (*Department of Mental Health*, DMH)
- ☐ Departamento de Servicios de Desarrollo (*Department of Developmental Services*, DDS)
- ☐ Departamento de Niños y Familias (*Department of Children and Families*, DCF)
- ☐ Departamento de Salud Pública
- ☐ Oficina Ejecutiva de Asuntos de Mayores (*Executive Office of Elder Affairs*, EOEA)
- ☐ Comisión de Massachusetts para Ciegos (*Massachusetts Commission for the Blind*, MCB)
- ☐ Comisión de Massachusetts para Personas Sordas y con Dificultades Auditivas (*Massachusetts Commission for the Deaf and Hard of Hearing*)
- ☐ Otra agencia estatal, especifique: _____
- ☐ No he recibido servicios de ninguna agencia estatal
- ☐ Prefiero no decirlo

BeHealthy Partnership℠
Baystate Health Care Alliance in Partnership with Health New England
One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144-1500
behealthypartnership.org

BeHealthy Partnership℠ Formulario De Reembolso De Bienestar

Hay mucho más para mantenerse saludable que sólo ver a su médico. Le corresponde a usted tomar decisiones saludables. Es por eso que BeHealthy Partnership le da algo más que la cobertura de sus visitas al médico. Este es uno de los muchos programas que ofrecemos para ayudarle a tomar las riendas de su salud.

BeHealthy Partnership le reembolsará a cada miembro hasta $50 por año calendario hacia (ver requisitos de reembolso en la parte inferior):

- **Membresía a un gimnasio**
- **Weight Watchers®**
- **Cuotas de entrenador personal**
- **Clases de aeróbicos y bienestar**
- **Matrícula de deportes de la ciudad y de las escuelas**

Requisitos de gimnasio

- El gimnasio debe tener equipo de entrenamiento cardiovascular y de fuerza (YMCA, Planet Fitness, Healthtrax, Golds Gym, LA Fitness, Springfield Jewish Community Center, Attain, etc.) que sean incluidos en la membresía.

Requisitos de Weight Watchers®

- El reembolso se aplica sólo a Weight Watchers®, Weight Watchers® en línea y reuniones de Weight Watchers® en el trabajo.
- Para Weight Watchers® tradicional, por favor envíe una copia de su libro de membresía con el sello de Weight Watchers®.
- Para Weight Watchers® en línea, por favor provea una copia de su historial de cuenta.

Requisitos de registracion para deportes de la ciudad y de la escuela

- Usted debe presentar un recibo[1] con fecha de pago.

Requisitos de clase de aeróbicos/bienestar y de entrenador personal

- Los entrenadores personales e instructores de clase deben estar certificados.
- Clases pueden incluir: pilates, yoga, spinning, aeróbicos, entrenamiento de fuerza, tai chi, kickboxing, artes marciales,etc.

Requisitos de reembolso - Todos los programas

- El participante en el programa debe ser un miembro activo de BeHealthy Partnership durante un período continuo de 3 meses en el momento de la participación.
- Usted puede enviar su formulario hasta 2 veces en cada año calendario, para un reembolso anual máximo de $50 por miembro. (Tenga en cuenta que los $50 de reembolso son por miembro, por año calendario, y no por actividad.)
- Usted debe presentar prueba de pago y una copia de los contratos correspondientes. Consulte la página siguiente para obtener información necesaria para el reembolso.
- Los recibos no serán devueltos. BeHealthy Partnership acepta copias de los recibos.

BeHealthy Partnership no le reembolsará por:

• Las clases o sesiones de entrenamiento con entrenadores no certificados	• Las cuotas pagadas a los programas de pérdida de peso que no sean de Weight Watchers®
• Clubes de campo; clubes sociales, o salones de bronceado	• Vitaminas, suplementos, deportes/equipo para hacer ejercicios o cuotas de golf
• Cuotas pagadas para alimentos, libros, transporte, videos, o cualquier otro artículo o servicios	• Las solicitudes recibidas después del 31 de marzo del año siguiente

Discount Program
¡Combina este programa de reembolso con nuestro programa de descuento y ahorrar aún más! A través del programa, los miembros también pueden recibir descuentos por elegir estilos de vida saludables! Para obtener más información sobre todas las formas en que su tarjeta de BeHealthy Partnership le puede agregar más valor, visite behealthypartnership.org/benefits.

[1]-Ejemplos de recibos podrían ser copias de las declaraciones bancarias/tarjetas de crédito o un cheque cancelado.

Solo para uso de BeHealthy Partnership
Recibos/contrato actuales del miembro
de BeHealthy Partnership que reflejen el monto del pago que se debe reembolsar $ _____

BeHealthy Partnership℠ Formulario De Reembolso De Bienestar

Información del suscriptor		
Apellido:	Nombre:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
BeHealthy Partnership ID #:		
Número 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 de los miembros (nombre 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/número de teléfono	Cantidad solicitado	Año calendario

Información necesaria para el reembolso

- Este formulario completo. Haga copias del formulario completo para sus registros.
- Una copia de contratos relevantes, acuerdos de membrecía, acuerdos de entrenadores personales con el número de licencia o formularios de inscripción. (Para deportes que se practiquen en la escuela y la ciudad, puede enviar el recibo pagado y fechado[1], únicamente).
- Recibos de pago con fecha, o copias de los estados 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 membrecía 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 membrecía 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 completado 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: Las solicitudes de reembolso del año anterior deben ser recibidas por BeHealthy Partnership antes del 31 de marzo.

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

BeHealthy Partnership es un plan de asociación de atención responsable que está compuesto por Baystate Health Care Alliance y Health New England. Como parte de BeHealthy Partnership, los miembros obtienen el apoyo de un socio en la atención de salud en su comunidad. El objetivo de esta asociación es centrarse en el bienestar general del miembro y asegurarse de que reciba atención de salud médica y mental de alta calidad a través de sus proveedores de atención de salud locales.

MDC5290_0323 Cover Rev 3/3/23 Spanish

One Monarch Place, Suite 1500
Springfield, MA 01144-1500
(413) 788-0123 | (800) 786-9999

behealthypartnership.org