

Lista de servicios cubiertos para afiliados de ACO de Atención primaria y del Plan del PCC con cobertura de MassHealth CarePlus

Esta es una lista de servicios y beneficios cubiertos para afiliados de MassHealth CarePlus que estén inscritos en una Organización Responsable por el Cuidado de la Salud (ACO) de Atención primaria o el Plan del Clínico de Atención Primaria (PCC). Todos los servicios y beneficios están cubiertos directamente por MassHealth, a excepción de los servicios de salud conductual, que están cubiertos por el contratista de servicios de salud conductual de MassHealth, la Asociación de Salud Conductual de Massachusetts (MBHP, Massachusetts Behavioral Health Partnership).

Usted puede llamar al Centro de servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) para obtener más información sobre servicios y beneficios o para hacer preguntas.

- Para hacer preguntas sobre servicios de salud conductual, por favor llame a la MBHP al (800) 495-0086 (TTY: (617) 790-4130 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).
- Para obtener más información sobre los servicios de farmacia, consulte la Lista de medicamentos de MassHealth en www.mass.gov/druglist.
- Para hacer preguntas sobre servicios dentales, por favor llame al (800) 207-5019 (TTY: (800) 466-7566 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) o visite www.masshealth-dental.net

En la siguiente tabla, un "Sí" en las columnas de "¿Se requiere autorización previa para algunos o todos los servicios?" o de "¿Se requiere referido para algunos o todos los servicios?" significa que para algunos o todos los servicios de esa categoría se necesita una autorización por adelantado o un referido del Clínico de Atención Primaria (PCC) o del Proveedor de Atención Primaria (PCP) o ambos; la autorización y el referido. Si se requiere el referido, este debe provenir del PCC o del PCP. Hay más información sobre autorizaciones previas y referidos en su folleto para el afiliado.

Por favor tenga en cuenta que los servicios y beneficios de MassHealth cambian de vez en cuando. Esta Lista de servicios cubiertos es solo para su información general. El reglamento de MassHealth rige los servicios y beneficios que usted tiene a su disposición. Para consultar el reglamento de MassHealth:

- visite el sitio web de MassHealth en www.mass.gov/masshealth; o
- llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere referido para algunos o todos los servicios?
Servicios de emergencia		
Servicios de transporte para emergencias: transporte de ambulancia (aérea y terrestre) que generalmente no está programado, pero que es necesario debido a una emergencia. Esto incluye transporte de cuidado especializado (es decir, transporte en ambulancia de un afiliado críticamente enfermo o herido desde un establecimiento a otro; y que requiera atención que exceda las posibilidades de los paramédicos.)	No	No
Servicios hospitalarios de emergencia para pacientes hospitalizados y ambulatorios	No	No
Servicios médicos		
Servicios de aborto	No	No
Tratamiento de acupuntura: para alivio del dolor o anestesia	No	Sí
Servicios hospitalarios por enfermedades agudas para pacientes hospitalizados Este beneficio se limita a servicios en un hospital por enfermedades agudas para pacientes hospitalizados de hasta 20 días por cada admisión. Esta limitación excluye los días administrativamente necesarios (AND, <i>administratively necessary days</i>) y las estadías en una unidad psiquiátrica para casos agudos, con licencia del Departamento de Salud Mental (DMH), de un hospital para casos agudos con licencia del Departamento de Salud Pública (DPH), en un hospital psiquiátrico independiente o en una unidad de rehabilitación en un hospital para casos agudos, con licencia del DPH.	Sí	No
Servicios de cirugía ambulatoria: servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, de diagnóstico relacionados, médicos y dentales	Sí	Sí
Servicios de audiología (audición)	No	Sí
Servicios de quiropráctico	No	Sí
Servicios hospitalarios para enfermedades crónicas y rehabilitación de pacientes hospitalizados¹	Sí	No
Servicios de centro de salud comunitario. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Consultas con especialista • OB/GYN, obstetricia y ginecología (que no sean atención prenatal ni exámenes ginecológicos anuales) • Servicios pediátricos, incluidos los EPSDT • Servicios médicos sociales • Servicios nutricionales, incluida la capacitación para el autocontrol de la diabetes y terapia médica nutricional • Educación para la salud • Vacunas e inmunizaciones no cubiertas (HEP A y B) 	No	Sí
Servicios dentales		
• Tratamiento de emergencia para dolor e infección dental	No	No
• Cirugía oral realizada en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria por ser médicamente necesaria para tratar un problema médico subyacente	Sí	No
• Servicios preventivos, restaurativos y básicos para la prevención y el control de enfermedades dentales y el mantenimiento de la salud oral para adultos	No	No
Servicios de diálisis	No	No
Equipo médico duradero (DME): incluido pero no limitado a la compra o alquiler de equipo médico, repuestos y reparación de dichos artículos	Sí	No
Servicios de planificación familiar	No	No
Servicios de audífonos	Sí	Sí
Servicios de salud en el hogar	Sí	Sí
Servicios de hospicio²	Sí	No
Infertilidad: diagnóstico de infertilidad y tratamiento del problema médico subyacente	Sí	Sí
Servicios de laboratorio: todos los servicios necesarios para diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades, y para mantener la salud	Sí	No
Servicios de centro de enfermería³	Sí	No
Servicios de ortopedia: aparatos ortopédicos (no dentales) y otros dispositivos mecánicos o moldeados para brindar soporte o corregir cualquier defecto de forma o función del cuerpo humano.	Sí	Sí
Servicios hospitalarios ambulatorios: servicios que se ofrecen en un hospital para pacientes ambulatorios. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cirugía ambulatoria y de diagnóstico relacionados, médicos y dentales • Consultas con especialista • OB/GYN, obstetricia y ginecología (que no sean atención prenatal ni exámenes ginecológicos anuales) • Servicios de terapia (física, ocupacional y del habla/lenguaje) • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Terapia médica nutricional 	Sí	Sí

¹ Cuando usted ingrese a un hospital para enfermedades crónicas y de rehabilitación como paciente hospitalizado, será transferido de su plan ACO de Atención primaria o del Plan del PCC para recibir servicios de MassHealth con el pago por servicio (*fee-for-service*).

² Cuando usted decida recibir servicios de hospicio, será transferido de su plan ACO de Atención primaria o del Plan del PCC para recibir todos los servicios relacionados con su enfermedad de su proveedor de servicios de hospicio y de MassHealth con el pago por servicio.

³ Cuando usted ingrese en un centro de enfermería, será transferido de su plan ACO de Atención primaria o del Plan del PCC para recibir servicios de MassHealth con el pago por servicio.

Si usted tiene preguntas, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900; TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.

MassHealth CarePlus: Servicios cubiertos	¿Se requiere autorización previa para algunos o todos los servicios?	¿Se requiere referido para algunos o todos los servicios?	
Servicios médicos (continuación)			
Equipo para terapia respiratoria y oxígeno	Sí	No	
Atención primaria (provista por el PCC o PCP del afiliado). Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Visita en consultorio de atención primaria • Barniz de flúor para prevenir la caries dental en niños hasta los 21 años de edad • Atención prenatal 	No	No	
Servicios de médicos especialistas, enfermeros de práctica avanzada y parteros. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Consultas con especialista • Terapia médica nutricional • Visitas de OB/GYN, obstetricia y ginecología (que no sean atención prenatal ni exámenes ginecológicos anuales) 	No	Sí	
Servicios de podología (Cuidado de los pies)	No	Sí	
Servicios de prótesis	Sí	Sí	
Servicios de radiología y diagnóstico. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Imágenes de resonancia magnética (MRI) y otros estudios de diagnóstico por imágenes • Servicios de radiación oncológica 	Sí	Sí	
Servicios de terapia. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional • Terapia física • Terapia del habla/lenguaje 	No	Sí	
Servicios de transporte (que no sean de emergencia)			
• Transporte que no sea de emergencia en ambulancia terrestre, vehículo para silla de ruedas, taxi y otros medios comunes, que generalmente se programan para transportar a un afiliado desde y hacia servicios de atención médica cubiertos en Massachusetts o dentro de las 50 millas	Sí	No	
Cuidado de la visión. Por ejemplo:			
<ul style="list-style-type: none"> • Lentes de vendaje (terapéuticas) • Exámenes completos de la vista cada 24 meses y cada vez que sea médicamente necesario • Lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarias, como un tratamiento por un problema médico tal como el queratocono 	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis ocular • Recetas y suministro de materiales oftálmicos, incluidos anteojos y otras ayudas visuales, sin incluir lentes de contacto • Entrenamiento de la visión 	Sí	Sí
Pelucas			
Cuando sean recetadas por un médico en relación con un problema médico	Sí	No	
Servicios de farmacia (medicamentos): consulte la información de copago al final de esta sección			
Medicamentos con receta	Sí	No	
Medicamentos de venta sin receta	No	No	
Servicios de salud conductual (Salud mental y trastorno por uso de sustancias)			
Los servicios de salud conductual son pagados y proporcionados por el contratista de servicios de salud conductual de MassHealth, la Asociación de Salud Conductual de Massachusetts (MBHP).			
Servicios de prevención de la hospitalización que no son de 24 horas. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Programas de apoyo en la comunidad (CSP) • Programa estructurado de tratamiento de adicciones para pacientes ambulatorios (SOAP) • Tratamiento psiquiátrico diurno 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de hospitalización parcial (PHP) • Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP) 	No	No
Servicios de prevención de la hospitalización las 24 horas. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tratamiento agudo (ATS) para trastorno por uso de sustancias (Nivel III.7) • Servicios de soporte clínico (CSS) para trastorno por uso de sustancias (Nivel III.5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilización de crisis en la comunidad (CCS) • Unidad de atención transicional 	No	No
• Tratamiento de casos agudos basados en la comunidad para niños y adolescentes (CBAT)	Sí	No	
Servicios de emergencia (de pacientes hospitalizados y ambulatorios)	No	No	
Programa de servicios de emergencia (ESP). Por ejemplo: Evaluación de crisis, intervención y estabilización	No	No	
Servicios de hospitalización. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados • Servicios por trastorno de uso de sustancias para pacientes hospitalizados (Nivel IV) 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de hospitalización de salud mental para personas con discapacidad intelectual (ID) • Observación/reserva de camas 	Sí	No
Servicios ambulatorios. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual, de grupo y de familia • Consultas familiares y de casos • Pruebas psicológicas • Visitas por medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones diagnósticas • Terapia de electrochoque (ECT) • Servicios de tratamiento con narcóticos (incluida la acupuntura y la desintoxicación ambulatoria) 	No	No
Estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS)	Sí	No	

Copagos

La mayoría de los afiliados tiene los siguientes copagos:

- \$1 por cada receta y surtido de medicamentos genéricos o de venta sin receta cubiertos por MassHealth de las siguientes clases: antihiperglucémicos, antihipertensivos y antihiperlipidémicos;
- \$3.65 por cada receta y surtido de todos los demás medicamentos genéricos y de venta sin receta, y todos los medicamentos de marca cubiertos por MassHealth; y
- \$3 por determinadas estadías de pacientes hospitalizados.

Afiliados que NO tienen copagos

Estos afiliados NO tienen copagos:

- afiliadas embarazadas o en el período de posparto desde el último día del segundo mes calendario después del mes en que finalizó su embarazo (por ejemplo, si la mujer dio a luz el 15 de mayo, estará exenta de copagos hasta el 1 de agosto);
- afiliados hospitalizados en centros de enfermería, hospitales para enfermedades crónicas o de rehabilitación, o establecimientos de cuidado intermedio para personas con retraso mental, o que han sido admitidos a un hospital desde dicho establecimiento u hospital;
- afiliados que reciben servicios de hospicio;
- afiliados indígenas norteamericanos o nativos de Alaska que actualmente reciben o recibieron alguna vez un artículo o servicio suministrado por el Servicio de Salud Indígena, una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o por medio de un referido, conforme a la ley federal;

Además, los afiliados no deben pagar los copagos para servicios y suministros de planificación familiar (incluido control de la natalidad); para servicios de salud conductual que no sean de farmacia y para servicios de emergencia.

Límites de copago

Los afiliados son responsables por los copagos descritos a la izquierda, hasta los siguientes límites:

- \$250 por servicios de farmacia por año calendario;
- \$36 por servicios que no sean de farmacia por año calendario; y
- cinco por ciento del ingreso MAGI del afiliado del hogar MAGI de MassHealth o del hogar del Adulto Discapacitado de MassHealth, según corresponda, en un trimestre calendario dado, incluidos los copagos y cualquier pago de prima aplicables.

Servicios excluidos

Salvo que se indique lo contrario o que se considere médicamente necesario, los siguientes servicios no están cubiertos por MassHealth.

1. Cirugía cosmética, salvo que MassHealth determine que es necesaria para:
 - a. corregir o reparar un daño después de una lesión o enfermedad;
 - b. mamoplastia después de una mastectomía; o
 - c. cualquier otra necesidad médica determinada por MassHealth
2. Tratamiento de infertilidad, incluidos pero no limitados a procedimientos de fertilización in-vitro y transferencia intratubárica de gametos (GIFT)
3. Tratamiento experimental
4. Elementos de confort personal, como acondicionadores de aire, radios, teléfonos y televisores
5. Un servicio o insumo que no es proporcionado por MassHealth ni por orden de MassHealth, salvo para:
 - a. servicios de emergencia
 - b. servicios de planificación familiar
6. Servicios de laboratorio no cubiertos

Si usted tiene preguntas, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900; TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla.