

# APÉNDICE A

Lista de Servicios Cubiertos, Referidos y  
Autorizaciones Previas para Miembros de MassHealth  
inscritos en Community Care Cooperative (C3)<sup>1</sup>

## Lista de Servicios Cubiertos, Referidos y Autorizaciones Previas para Miembros de MassHealth inscritos en Community Care Cooperative (C3)<sup>1</sup>

### La siguiente tabla le informa dos cosas:

1. los **beneficios y servicios cubiertos** de acuerdo con su tipo de plan de MassHealth (Standard/CommonHealth, Family Assistance y CarePlus) como miembro inscrito en C3<sup>2</sup>; y
2. si necesita un referido (aprobación de su PCP) o una autorización previa (conocida como PA, por sus siglas en inglés, o permiso de MassHealth) para recibir un beneficio o servicio cubierto.<sup>3</sup>

### Cómo usar esta tabla.

1. Encuentre el servicio cubierto en la columna izquierda de la tabla.
2. Siga la fila de izquierda a derecha a través de la tabla para saber si el servicio es cubierto por su tipo de plan.
3. Si el servicio es cubierto, vea las dos columnas a la derecha para saber si necesitará un referido o autorización previa (PA).

### ¿Tiene preguntas?

- Llame a **C3** al **866-676-9226 (TTY: 711** para personas con pérdida parcial o total auditiva, o con discapacidad del habla, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.) si tiene cualquier pregunta acerca de sus proveedores de atención médica, o acerca de su membresía o beneficios de C3.
- Llame a **MassHealth** para más información acerca del derecho a tener beneficios, servicios y beneficios o reivindicaciones, llamando al Centro de atención al cliente al **800-841-2900 (TTY: 800-497-4648** para personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla).
- Llame a **MBHP** para preguntas acerca de servicios de salud del comportamiento (salud mental y el uso de sustancias), al **800-495-0086 (TTY: 877-509-6981** para personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla).
- Vea la **Lista de Medicamentos de MassHealth** en el sitio web [www.mass.gov/druglist](http://www.mass.gov/druglist) para más información acerca de **servicios de farmacia**.
- Llame al **servicio de atención al cliente de servicios dentales** al **800-207-5019 (TTY: 800-466-7566** para personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla) o visite <https://masshealth-dental.net> para información acerca de beneficios dentales.

<sup>1</sup> Todos los servicios y beneficios están cubiertos por MassHealth y coordinados por C3, excepto los servicios de salud del comportamiento (salud mental y el uso de sustancias), cuales son cubiertos por la Asociación de Massachusetts para la salud del comportamiento (conocida como MBHP, por sus siglas en inglés).

<sup>2</sup> Tenga presente que los servicios y beneficios de MassHealth cambian de vez en cuando. Llame al Centro de atención al cliente de MassHealth al 800-841-2900 (TTY: 800-497-4648 para personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. para comprobar la cobertura de un servicio.

<sup>3</sup> Hay más información acerca de referidos y autorizaciones previas (PA) en su Manual del Miembro de C3.

	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<b>Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3</b>					
<b>Servicios de emergencia</b>					
<b>Servicios de transporte de emergencia</b> —transporte por ambulancia (aéreo y terrestre) que generalmente no está programado, pero necesario debido a una emergencia. Se incluye transporte para atención médica especializada (es decir, transporte por ambulancia de una institución a otra, de una persona inscrita que esté gravemente herido(a) o enfermo(a) y que requiera atención médica más allá de las habilidades de un paramédico).	√	√	√	No	No
<b>Servicios hospitalarios de emergencia para pacientes internados y externos</b>	√	√	√	No	No
<b>Servicios médicos</b>					
<b>Servicios de aborto</b>	√	√	√	No	No
<b>Tratamiento de acupuntura—para aliviar el dolor o anestesia</b>	√		√	No	Sí
<b>Servicios hospitalarios agudos para pacientes internados</b> – Este beneficio de servicios hospitalarios agudos para pacientes internados tiene un límite de hasta 20 días por cada ingreso/hospitalización. Este límite excluye días y estadías necesarias debido a razones administrativas, en una institución de servicio psiquiátrico agudo y autorizada por el Departamento de Salud Mental y dentro de una de las siguientes instituciones autorizadas por el Departamento de Salud Pública: hospital de servicios agudos, hospital psiquiátrico autónomo, o en un centro de rehabilitación ubicado en un hospital de servicios agudos y autorizado por el Departamento de Salud Pública.	√	√	√	Sí	No†

\*AP: Se requiere autorización previa para algunos o todos los servicios

\*\*Se requiere un referido para algunos o todos los servicios

† Se requiere un referido para Family Assistance y/o CarePlus

‡ Se requiere autorización previa para Family Assistance

C3 | MassHealth – Member Handbook

Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<b>Servicios médicos (continuado)</b>					
<b>Servicios de centro diurno de salud para adultos</b> —servicios suministrados en dicho centro y ofrecidos por proveedores de centros diurnos de salud para adultos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería y supervisión de la salud</li> <li>• Servicios de dietética nutricional</li> <li>• Actividades de asesoramiento/orientación</li> <li>• Asistencia con actividades de la vida diaria</li> <li>• Administración de cuidado médico</li> <li>• Transporte</li> </ul>	√			Sí	Sí
<b>Servicios de cuidado tutelar para adultos</b> —servicios residenciales ofrecidos por proveedores de cuidado tutelar para adultos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia con actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, y cuidado personal</li> <li>• Supervisión de enfermería</li> </ul>	√			Sí	Sí
<b>Servicios de cirugía ambulatoria</b> —servicios quirúrgicos ambulatorios, diagnósticos pertinentes, médicos y dentales	√	√	√	Sí	Sí
<b>Servicios de un audiólogo (la audición)</b>	√	√	√	No	Sí
<b>Servicios de quiropráctica</b>	√	√	√	No	Sí
<b>Enfermedad crónica y rehabilitación, servicios hospitalarios para pacientes internados<sup>1</sup></b>	√	√	√	Sí	No

<sup>1</sup> Cuando ingresa en un hospital de rehabilitación y enfermedades crónicas para pacientes internados, después de 100 días será transferido de su plan de atención primaria de ACO para recibir servicios de MassHealth basados en el sistema de cobro por servicio.

Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<b>Servicios médicos (continuado)</b>					
<b>Servicios de centro de salud comunitario.</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio para servicios especializados</li> <li>• Obstetricia/ginecología (aparte de cuidado médico prenatal y examen ginecológico anual)</li> <li>• Servicios pediátricos, incluyendo EPSDT</li> <li>• Servicios sociales médicos</li> <li>• Educación para la salud</li> <li>• Servicios nutricionales, incluyendo entrenamiento para el control autónomo y terapia médica sobre la nutrición para la diabetes</li> <li>• Vacunas/inmunizaciones no cubiertas (Hepatitis A y B)</li> </ul>	√	√	√	No†	Sí
<b>Servicios de habilitación diurna</b> —servicios dentro de un centro para miembros con retraso mental o discapacidades del desarrollo, ofrecidos por proveedores de habilitación diurnos, y podrían incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería y supervisión de atención médica</li> <li>• Capacitación para destrezas de desarrollo</li> <li>• Servicios de terapia</li> <li>• Asistencia con actividades de la vida diaria</li> </ul>	√			No	Sí
<b>Servicios dentales</b>					
• Tratamiento para el dolor e infección dental debido a una emergencia	√	√	√	No	No

\*AP: Se requiere autorización previa para algunos o todos los servicios

\*\*Se requiere un referido para algunos o todos los servicios

† Se requiere un referido para Family Assistance y/o CarePlus

‡ Se requiere autorización previa para Family Assistance

Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<b>Servicios médicos (continuado)</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía oral realizada en un hospital de servicios ambulatorios o sitio con servicios ambulatorios quirúrgicos, y que sea necesaria por una razón médica para tratar una condición médica subyacente</li> </ul>	√	√	√	Sí	No
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios básicos, preventivos, y de restauración para la prevención y el control de enfermedades dentales y el mantenimiento de la salud oral para adultos</li> </ul>	√	√	√	No	No
<b>Servicios de diálisis</b>	√	√	√	No <sup>‡</sup>	No <sup>‡</sup>
<b>Equipo médico durable (también conocido como DME, por sus siglas en inglés)</b> —incluyendo, pero no limitándose a, la compra o alquiler de un equipo médico, partes de repuesto, y la reparación de dichos artículos	√	√	√	Sí	No
<b>Servicios de intervención temprana</b>	√	√		No	Sí
<b>Servicios de planificación familiar</b>	√	√	√	No	No
<b>Cuidado tutelar para adultos residentes de vivienda grupal</b> —los servicios provistos por proveedores de cuidado tutelar para adultos residentes de vivienda grupal dentro de un entorno que ofrece apoyo grupal podrían incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia con actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, y cuidado personal</li> <li>• Servicios/Supervisión de enfermería</li> </ul>	√			Sí	Sí
<b>Servicios de audífonos</b>	√	√	√	Sí	Sí
<b>Servicios de salud a domicilio</b>	√	√	√	Sí	Sí
<b>Servicios paliativos<sup>2</sup></b>	√	√	√	Sí	No

<sup>2</sup> Cuando elige servicios paliativos, será transferido de su plan de atención primaria de ACO o del plan PCC a recibir servicios pertinentes a su enfermedad de su proveedor de servicios paliativos y de MassHealth, basado en el sistema de cobro por servicio.

	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<b>Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3</b>					
<b>Servicios médicos (continuado)</b>					
<b>Esterilidad (infertilidad)</b> —diagnóstico de infertilidad y tratamiento de una condición médica subyacente	√	√	√	Sí	Sí
<b>Servicios de intervención temprana intensiva</b> —provisto a niños menores de tres años de edad que reúnen los requisitos y tienen un diagnóstico de trastorno del espectro autista	√	√		Sí	No†
<b>Servicios de laboratorio</b> —todos los servicios necesarios para el diagnóstico, tratamiento y prevención de una enfermedad, y para el mantenimiento de la salud	√	√	√	Sí	No†
<b>Servicios de centro de enfermería especializada<sup>3</sup></b>	√		√	Sí	No
<b>Órtesis (u ortesis)</b> —férulas y otros dispositivos/aparatos mecánicos o moldeados para apoyar o corregir cualquier defecto de forma o función del cuerpo humano. Para individuos mayores de 21 años. Se aplican ciertas limitaciones.	√	√	√	Sí	Sí

<sup>3</sup> Cuando ingresa en un centro de enfermería especializada, después de 100 días será transferido de su plan de atención primaria de ACO a los servicios de MassHealth basados en el sistema de cobro por servicio.

\*AP: Se requiere autorización previa para algunos o todos los servicios

\*\*Se requiere un referido para algunos o todos los servicios

† Se requiere un referido para Family Assistance y/o CarePlus

‡ Se requiere autorización previa para Family Assistance

Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<b>Servicios médicos (continuado)</b>					
<b>Servicios hospitalarios ambulatorios</b> —servicios provistos en un hospital que ofrece servicios ambulatorios. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quirúrgicos ambulatorios y diagnósticos pertinentes, servicios médicos y dentales</li> <li>• Visitas al consultorio para servicios especializados</li> <li>• Obstetricia/ginecología (aparte de cuidado médico prenatal y examen ginecológico anual)</li> <li>• Servicios de terapia (física, ocupacional y del habla)</li> <li>• Entrenamiento para el control autónomo de la diabetes</li> <li>• Terapia médica sobre la nutrición</li> </ul>	√	√	√	Sí	Sí
<b>Equipo para terapia respiratoria o con oxígeno</b>	√	√	√	Sí	No
<b>Servicios de asistencia para el cuidado personal (también conocido como PCA, por siglas en inglés)</b> —servicios contratados por el consumidor para asistir con actividades de la vida diaria actividades instrumentales de la vida diaria. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bañarse</li> <li>• Comer/alimentarse</li> <li>• Vestirse</li> <li>• Administración de medicamentos</li> </ul>	√			Sí	Sí

	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<b>Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3</b>					
<b>Servicios médicos (continuado)</b>					
<b>Atención médica primaria (provisto por el PCC o PCP del miembro).</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita al consultorio para atención médica primaria <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barniz de flúor para prevenir la degeneración dental en niños y adolescentes hasta los 21 años</li> </ul> </li> <li>• Servicios/Asesoramiento de antitabaco</li> <li>• Entrenamiento para el control autónomo de la diabetes</li> <li>• Exámenes ginecológicos anuales</li> <li>• Cuidado médico prenatal</li> </ul>	√	√	√	No	No
<b>Médico especialista, enfermera practicante y servicios de enfermera partera.</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio para servicios especializados</li> <li>• Obstetricia/ginecología (aparte de cuidado médico prenatal y examen ginecológico anual)</li> <li>• Terapia médica sobre la nutrición</li> </ul>	√	√	√	No	Sí
<b>Servicios de podología (cuidado de los pies)</b>	√	√	√	No	Sí
<b>Servicio de enfermería privado/ enfermería especializada continua</b> — una visita de enfermería de más de dos horas continuas para servicios de enfermería	√			Sí	Sí
<b>Servicios de prótesis</b>	√	√	√	Sí	Sí

\*AP: Se requiere autorización previa para algunos o todos los servicios

\*\*Se requiere un referido para algunos o todos los servicios

† Se requiere un referido para Family Assistance y/o CarePlus

‡ Se requiere autorización previa para Family Assistance

	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<b>Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3</b>					
<b>Radiología y servicios diagnósticos.</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos X</li> <li>• Imagen de resonancia magnética (MRI) y otros estudios de imagenología</li> <li>• Servicios de radiación oncológica</li> </ul>	√	√	√	Sí	Sí
<b>Servicios de terapia.</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Terapia lingüística/del habla</li> </ul>	√	√	√	No	Sí
<b>Servicios de transporte (no de emergencia)</b>					
Servicio de transporte no de emergencia por ambulancia terrestre, vehículo con asientos, taxi, y modos vehiculares comunes que generalmente son previamente programados para transportar a personas inscritas de/a un centro médico en Massachusetts o dentro de 50 millas	√		√	Sí	No
<b>Cuidado de la vista. Por ejemplo:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen integral de la vista cada 24 meses y cada vez que sea necesario por razón médica</li> <li>• Entrenamiento de la vista</li> <li>• Prótesis ocular</li> <li>• Contactos, cuando sean necesarios por razón médica, como tratamiento médico para una condición médica como queratocono</li> <li>• Lentes de contacto de vendaje ocular</li> <li>• Prescripción y dispensación de materiales oftálmicos, incluyendo gafas/anteojos y otra ayuda visual, excluyendo contactos</li> </ul>	√	√	√	Sí	Sí
<b>Pelucas</b>					
Conforme a la prescripción de un médico, relacionada a una condición médica	√	√	√	Sí	No

	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3					
<b>Servicios de farmacia (medicamentos)—véase abajo información sobre copagos</b>					
Medicamentos recetados	√	√	√	Sí	No
Medicamentos de venta libre (sin receta)	√	√	√	No	No
<b>Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por el uso de sustancias)</b> Los servicios de salud del comportamiento son pagados y suministrados por Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP), contratista de MassHealth para servicios de salud del comportamiento.					
<b>Servicios alternativos no de 24 horas.</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de apoyo comunitario</li> <li>• Programa estructurado para el tratamiento ambulatorio de adicciones</li> <li>• Tratamiento psiquiátrico diurno</li> <li>• Programa de hospitalización parcial</li> <li>• Programa ambulatorio intensivo</li> </ul>	√	√	√	No	No
<b>Servicios alternativos de 24 horas.</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de tratamiento agudo para trastornos por el uso de sustancias (Nivel III.7)</li> <li>• Estabilización de crisis en la comunidad</li> <li>• Servicios de estabilización clínica para trastornos por el uso de sustancias (Nivel III.5)</li> <li>• Unidad de cuidado médico ambulatorio</li> </ul>	√	√	√	No	No
<b>Tratamiento agudo en la comunidad para niños y adolescentes (conocido como CBAT, por sus siglas en inglés)</b>	√	√	√	Sí	No
<b>Servicios de emergencia, para pacientes internados y pacientes externos</b>	√	√	√	No	No

\*AP: Se requiere autorización previa para algunos o todos los servicios

\*\*Se requiere un referido para algunos o todos los servicios

† Se requiere un referido para Family Assistance y/o CarePlus

‡ Se requiere autorización previa para Family Assistance

	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<b>Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3</b>					
<b>Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por el uso de sustancias) (continuado)</b> Los servicios de salud del comportamiento son pagados y suministrados por Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP), contratista de MassHealth para servicios de salud del comportamiento.					
<b>Programa para servicios de emergencia (conocido como ESP, por sus siglas en inglés).</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación, intervención y estabilización de crisis               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención móvil en una crisis (MCI) para niños menores de 21 años</li> </ul> </li> </ul>	√	√	√	No	No
<b>Servicios para pacientes internados.</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de salud mental para pacientes internados</li> <li>• Servicios para trastornos por el uso de sustancias para pacientes internados (Nivel IV)</li> <li>• Servicios de salud mental para pacientes internados y con discapacidad intelectual</li> <li>• Observación/cama reservada</li> </ul>	√	√	√	Sí	No
<b>Servicios para pacientes externos (servicios ambulatorios).</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación (consejería) individual, en grupo o familiar</li> <li>• Consultas familiares y casos en particular</li> <li>• Pruebas psicológicas</li> <li>• Visitas pertinentes a medicamentos</li> <li>• Evaluaciones diagnósticas</li> <li>• Terapia electroconvulsiva (conocida como ECT, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Tratamiento para el uso de narcóticos (incluyendo acupuntura y desintoxicación ambulatoria)</li> </ul>	√	√	√	No	No

	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3					
<b>Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por el uso de sustancias) (continuado)</b> Los servicios de salud del comportamiento son pagados y suministrados por Massachusetts Behavioral Health Partnership (MBHP), contratista de MassHealth para servicios de salud del comportamiento.)					
<b>Estimulación Magnética Transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés)</b>	√	√	√	Sí	No
<b>Servicios de la Iniciativa de Salud del Comportamiento Infantil (conocida como CBHI, por sus siglas en inglés).</b> Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación de cuidado médico intensivo (ICC)</li> <li>• Apoyo y entrenamiento para la familia (FST)</li> <li>• Servicios de terapia a domicilio (IHT)</li> <li>• Servicios para el manejo del comportamiento domiciliarios (IHBS)</li> <li>• Servicios de mentor terapéutico (TM)</li> </ul>	√	√		No	No

\*AP: Se requiere autorización previa para algunos o todos los servicios

\*\*Se requiere un referido para algunos o todos los servicios

† Se requiere un referido para Family Assistance y/o CarePlus

‡ Se requiere autorización previa para Family Assistance

Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<p><b>Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (conocido como EPSDT, por sus siglas en inglés)</b></p> <p>El Manual del miembro contiene más información acerca de servicios de EPSDT, en la sección Servicios adicionales para niños.</p> <p>*También conocido como <b>Servicios de Diagnóstico y Detección Preventiva Pediátrica de Salud (conocido como PPHSD, por sus siglas en inglés)</b> dentro del plan de <b>MassHealth de Family Assistance</b>.</p>					
<p><b>Servicios de evaluaciones médicas</b></p> <p>Niños menores de 21 años de edad deben ver a su PCP para chequeos generales, aunque estén bien. Como parte del chequeo del niño sano, el PCP de su niño(a) realizará exámenes médicos para averiguar si hay algún problema de salud. Estos exámenes médicos incluyen revisiones de salud, la vista, dentales, la audición, salud del comportamiento, el desarrollo, y estado de inmunización. MassHealth le paga a los PCP por estos chequeos. Durante las visitas médicas del niño sano, los PCP pueden hallar y tratar problemas pequeños antes que se conviertan en problemas grandes. El manual del miembro contiene más información acerca de la programación de chequeos, en la sección Servicios adicionales para niños. Además de chequeos regulares, los niños también deben ver a su PCP cada vez que haya una inquietud sobre su salud médica o del comportamiento, aunque no sea tiempo para un chequeo regular. Niños menores de 21 años también tienen derecho a citas regulares con un proveedor dental.</p>	√	√		No	No

\*AP: Se requiere autorización previa para algunos o todos los servicios

\*\*Se requiere un referido para algunos o todos los servicios

† Se requiere un referido para Family Assistance y/o CarePlus

‡ Se requiere autorización previa para Family Assistance

	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<p><b>Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3</b></p> <p><b>Servicios diagnósticos y tratamiento</b>            MassHealth o MBHP paga por todos los servicios que sean necesarios por razón médica que sean cubiertos bajo la ley federal de Medicaid, aunque los servicios no sean mencionados en este documento o en reglamentos aplicables de MassHealth. Esta cobertura incluye atención médica, servicios de diagnosis, tratamiento, y otras medidas que sean necesarias para corregir o mejorar defectos y enfermedades y condiciones mentales y físicas. Cuando un PCC o PCP (o cualquier otro clínico) descubre una condición médica, MassHealth pagará por cualquier tratamiento que sea necesario por razón médica y cubierto bajo la ley de Medicaid si es suministrado por un proveedor que sea calificado y esté dispuesto a proveer los servicios y que sea médico, enfermera practicante, o enfermera partera afiliado(a) a MassHealth y apoye, por escrito, la razón médica del servicio que se solicita. Usted y su PCC o PCP pueden procurar la ayuda de MassHealth o MBHP para determinar cuáles proveedores podrían estar disponibles dentro de la red para proporcionar estos servicios, y cómo usar proveedores fuera de red, si es necesario. La mayor parte del tiempo, estos servicios son cubiertos por el plan de cobertura de MassHealth de su niño(a) y están incluidos como un servicio cubierto en otros lugares en esta lista. Si el servicio aún no está cubierto o no está indicado en otros lugares en esta lista, el clínico o proveedor quien proporcionará el</p>	√			Sí	Sí

Servicios cubiertos para miembros de MassHealth inscritos en C3	Tipo de cobertura			¿Necesita autorización previa?*	¿Necesita referido?***
	Standard and Common-Health	Family Assistance	CarePlus		
<p><b>Servicios diagnósticos y tratamiento (continuado)</b></p> <p>servicio puedo solicitar una autorización previa de MassHealth o MBHP para ese servicio. MassHealth y MBHP usan este proceso para determinar si el servicio es necesario por razón médica. MassHealth o MBHP pagará por el servicio si se otorga autorización. Si se niega una autorización, usted tiene el derecho a apelar. El manual del miembro contiene más información acerca de apelaciones. Hable con el PCC o PCP, proveedor de salud del comportamiento u otro especialista de su niño(a) para ayuda con obtener estos servicios.</p>	√			Sí	Sí

## Copagos

Algunos miembros quizás tengan que pagar los siguientes copagos por medicamentos recetados cubiertos y por algunos medicamentos de venta libre (OTC):

- \$1 por cada receta y renovación (refill) de cada medicamento genérico y de venta libre cubierto por MassHealth dentro de la siguiente categoría de drogas: antihiperoglucémicos, antihipertensivos, y antihiperlipídicos;
- \$3.65 por cada receta y renovación (refill) por todos los demás medicamentos genéricos y de venta libre, y todos los medicamentos de marca comercial cubiertos por MassHealth.

**Los medicamentos recetados son el único beneficio que podrían tener copagos. No hay copagos por ningún otro servicio o beneficio cubierto.**

## Límite de copagos farmacéuticos

Hay un límite en la cantidad de dinero que usted tiene que gastar en copagos farmacéuticos, si es que tiene que pagar.

- El límite del copago es \$250 por año calendario. Si usted ha pagado \$250 en copagos farmacéuticos en un año calendario, no debe pagar más. En este caso, usted ha alcanzado la cantidad máxima que tiene que pagar por copagos farmacéuticos. A esto se le llama límite de copagos farmacéuticos. Usted debe recibir una carta de MassHealth informándole cuando haya alcanzado el límite de copago farmacéuticos. Si su farmacéutico u otros proveedores intentan cobrarle más copagos farmacéuticos ese año, muéstrele su carta. Ellos también pueden llamar a MassHealth para más información. Si no recibe una carta y usted sabe o piensa que ha alcanzado el límite, o si tiene preguntas, llame a MassHealth.

## Miembros que NO tienen copagos farmacéuticos

Estos miembros no tienen copagos farmacéuticos:

- miembros con ingresos iguales o inferiores al 50% del nivel federal de pobreza
- Miembros que son elegibles para MassHealth porque están recibiendo beneficios de asistencia pública, tales como Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Ayuda Transitoria para Familias con Hijos Dependientes (TAFDC) o servicios a través del Programa de Ayuda de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC), según lo especificado en 130 CRM 506.015 y 130 CRM 520.037
- Miembros menores de 21 años de edad
- Miembros que están embarazadas (debe decirle al farmacéutico si está embarazada) o cuyo embarazo acaba de terminar
- Miembros que reciben provisiones para la planificación familiar
- Miembros que están recibiendo medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para tratamientos de desintoxicación y tratamiento de mantenimiento de trastorno de uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés), como Terapia Asistida por Medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) (por ejemplo, Suboxone o Vivitrol)
- Miembros que están recibiendo ciertos medicamentos preventivos como aspirina de baja dosis para condiciones cardíacas, medicamentos utilizados para la prevención del VIH y medicamentos utilizados para preparar colonoscopías

- Miembros que están recibiendo ciertas vacunas. Tampoco hay copagos para la administración de estas vacunas
- Miembros en un centro de cuidados a largo plazo
- Miembros que están recibiendo servicios de emergencia no farmacéuticos para la salud del comportamiento, o productos y medicamentos para dejar de fumar
- Miembros que fueron niños con cuidados de acogida y son elegibles para MassHealth Standard, hasta la edad de 21 o 26 años (especificado en 130 CMR 506.015 o 130 CMR 520.037)
- Miembros de origen Indígena americano(a) o nativo(a) de Alaska
- Miembros que reciben servicios paliativos;
- Miembros que están en otra categoría eximida (especificado en 130 CMR 506.015 o 130 CMR 520.037)
- Miembros que hayan alcanzado el límite de copago

### ¿Qué sucede si no puede pagar el copago de la farmacia?

La farmacia debe entregarle su medicamento aunque usted no pueda pagar el copago. La farmacia puede cobrarle más adelante el copago, pero no pueden retenerle el medicamento.

Por favor, llame a MassHealth si una farmacia no le entrega su medicamento.

### ¿Qué hacer si recibe una factura?

Usted nunca debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos (excepto por el copago) como miembro elegible C3. Las farmacias y los proveedores no tienen permitido cobrarle dinero (excepto por el copago) por medicamentos o servicios si se les paga a través de MassHealth o MBHP.

Si usted recibe una factura por un servicio o un medicamento cubierto por MassHealth, llame a la farmacia o al consultorio del médico y hágales saber que usted es un miembro MassHealth. Puede darles su número de identificación de la tarjeta de MassHealth. También puede llamarnos a nosotros para que le ayudemos.

Si recibe una factura por un servicio de salud del comportamiento cubierto por MassHealth (salud mental y uso de sustancias) por parte de un proveedor de MBHP, llame a MBHP.

### Servicios excluidos

Salvo por lo expresamente indicado o determinado necesario por razón médica, los siguientes servicios no son cubiertos por MassHealth.

1. Cirugía cosmética, a menos que MassHealth determine que sea necesario para:
  - a. corregir o reparar daño posterior a una lesión o enfermedad;
  - b. mamoplastia posterior a una mastectomía; o
  - c. cualquier otra necesidad médica según determinado por MassHealth.
2. Tratamiento para la esterilidad, incluyendo, aunque no limitándose a fecundación in vitro y procedimientos de gameto intratubérica (conocido como GIFT, por sus siglas en inglés)
3. Tratamiento experimental
4. Artículos personales de confort incluyendo aires acondicionados, radios, teléfonos y televisores
5. Servicios o provisiones que no son provistos o de acuerdo a las indicaciones de MassHealth, excepto:
  - a. servicios de emergencia
  - b. servicios de planificación familiar
6. Servicios de laboratorio no cubiertos

**Community Care Cooperative**

**866-676-9226**

**(TTY: 711)**

de lunes a viernes,

de 9 a.m. a 5 p.m.

**[www.C3aco.org](http://www.C3aco.org)**

**MassHealth Call Center**

**800-841-2900**

**(TTY) 800-497-4648**

de lunes a viernes,

de 8 a.m. a 5 p.m.

**[Mass.gov/MassHealth](http://Mass.gov/MassHealth)**



¡Excelente salud es nuestro objetivo principal!

Community Care Cooperative (C3) es una Organización Responsable por el Cuidado de la Salud de MassHealth (conocida como ACO por sus siglas en inglés), sin fines de lucro 501(c)(3), regida por Centros de Salud Aprobadas por el Gobierno Federal (conocida como FQHC por sus siglas en inglés).

MO\_MemHdbk\_MHAppJune2020\_SPA