**Por favor, observe. El formato de este documento ha sido modificado
para su uso con lectores de pantalla.**



The Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services

[www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth)

# Formulario de elección de beneficios de hospicio de MassHealth

Los proveedores de servicios de hospicio deben presentar el *Formulario de elección de beneficios de hospicio* de MassHealth ya sea electrónicamente mediante el Portal de Proveedores de LTSS de MassHealth, o enviando este formulario en papel a la Unidad de Beneficios de Hospicio de MassHealth para los afiliados de MassHealth que usan pago por servicios (FFS, *fee-for-service*) y para los afiliados de MassHealth inscritos en el Plan del Clínico de Atención Primaria (Plan de PCC) o en un Plan ACO de atención primaria bajo las siguientes circunstancias:

* Un afiliado de MassHealth, incluido un afiliado de doble elegibilidad, elige los servicios de hospicio, cancela los servicios de hospicio o cambia su proveedor de servicios de hospicio; o
* Un proveedor de servicios de hospicio da de baja a un afiliado de los servicios de hospicio.

**IMPORTANTE:** MassHealth no paga por los servicios de hospicio a menos que se haya presentado un *Formulario de elección de beneficios de hospicio* de MassHealth completado, y MassHealth no paga por servicios de hospicio que hayan sido provistos antes de la fecha de vigencia indicada en el formulario. La fecha de vigencia de los servicios de hospicio no puede ser anterior a la fecha en la que el afiliado o el representante del afiliado firme el formulario.

## ATENCIÓN

* Para los afiliados de MassHealth que están inscritos en un Plan de Atención médica administrada o en un Plan de Atención médica integrada (en conjunto "Planes de seguro de salud"), el proveedor de servicios de hospicio debe coordinar con el afiliado de MassHealth y con el Plan de seguro de salud del afiliado para que el afiliado elija el beneficio de hospicio de MassHealth. La presentación de este formulario para un afiliado inscrito en un Plan de seguro de salud puede llevar a que el afiliado sea dado de baja involuntariamente del Plan de seguro de salud.
* Todos los afiliados de MassHealth que también tienen cobertura de Medicare ("afiliados con doble elegibilidad") deben elegir y cancelar simultáneamente los beneficios de hospicio de MassHealth y de Medicare. Para los afiliados de MassHealth con doble elegibilidad que están inscritos en un Plan de Atención médica integrada (One Care, PACE o SCO), el proveedor de servicios de hospicio debe coordinar con el afiliado de MassHealth y con el Plan del afiliado para que el afiliado elija el beneficio de hospicio de MassHealth y de Medicare.

## Instrucciones para completar el formulario (SOLAMENTE complete la sección de la firma que corresponde a su elección.)

***Para los afiliados que eligen servicios de hospicio***

* Complete las secciones A, B, C y D.

***Para los afiliados que cambien de proveedor de servicios de hospicio***

* Complete las secciones A, B, C y E.
* El proveedor de servicios de hospicio designado recientemente es el responsable de completar esta sección.

***Para los afiliados que cancelen su elección de servicios de hospicio***

* Complete las secciones A, B, C y F.

***Para los afiliados que se den de baja o que sean dados de baja***

* Complete las secciones A, B, C y G.

***Para personas que solicitan la elegibilidad de MassHealth***

* Complete las secciones A, B, C y H.
* El proveedor de servicios de hospicio debe presentar este *Formulario de elección de beneficios de hospicio* a MassHealth al momento en que MassHealth apruebe el tipo de cobertura del afiliado que incluya los servicios de hospicio.

## Instrucciones para la presentación

Los proveedores de servicios de hospicio pueden presentar este formulario electrónicamente mediante el Portal de Proveedores de LTSS de MassHealth en: [www.masshealthltss.com](http://www.masshealthltss.com/).

Como alternativa, los proveedores de servicios de hospicio pueden presentar el formulario completado por

Fax: (855) 656-3381 o

Correo postal:

MassHealth LTSS-Hospice Enrollment Unit

PO Box 159108

Boston, MA 02215

Comuníquese con el Centro de Servicios para Proveedores de LTSS de MassHealth al (844) 368-5184 si tiene preguntas sobre este formulario.

## Sección A: Información del proveedor *(Obligatoria)*

Número del proveedor de servicios de hospicio de MassHealth

Número de teléfono del hospicio

Número de NPI del proveedor

Nombre del proveedor de servicios de hospicio

Dirección del proveedor de servicios de hospicio

Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)

Número de NPI del centro de enfermería especializada (si corresponde)

Dirección del centro de enfermería especializada (si corresponde)

## Sección B: Información del afiliado *(Obligatoria)*

Número de afiliado de MassHealth

Nombre del afiliado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Número de teléfono del afiliado

Dirección del afiliado (número y calle, número de departamento, ciudad, estado, código postal)

Fecha de nacimiento del afiliado

Paciente pediátrico (menor de 21 años) [ ] Sí [ ] No

La fecha de vigencia de los servicios de hospicio de MassHealth no puede ser anterior a la fecha en la que el afiliado o el representante del afiliado firme el formulario de elección.

Fecha de admisión al servicio de hospicio

Fecha de vigencia de los servicios de hospicio de MassHealth

Código de diagnóstico del hospicio (ICD-10)

Nombre del médico de cabecera (si corresponde)

Número de teléfono del médico de cabecera (si corresponde)

## Sección C: Información sobre el seguro de MassHealth, de Medicare y sobre otro seguro *(Obligatoria)*

El afiliado está inscrito en MassHealth cuando es admitido en el hospicio. [ ]  Sí [ ]  No

Si contestó "No", pase a la Sección H: Personas que solicitan la elegibilidad de MassHealth.

El afiliado también tiene Medicare. [ ]  Sí [ ]  No

Si contestó "Sí", indique el número de ID de beneficiario de Medicare del afiliado.

Fecha de elección del servicio de hospicio de Medicare (si corresponde)

## Información del otro seguro

El afiliado está cubierto por otro seguro con beneficio de servicio de hospicio (de saberlo). [ ]  Sí [ ]  No

Nombre de la compañía aseguradora (si corresponde)

Número de la póliza (si corresponde)

## Sección D: Declaración de elección *(si corresponde)*

* 1. Reconozco que me han dado una explicación exhaustiva y entiendo los objetivos del cuidado de hospicio. El cuidado de hospicio tiene el propósito de aliviar el dolor y otros síntomas de mi enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, y no está destinado a ser curativo. El cuidado de hospicio se centra en brindar bienestar y apoyo para mí y para mis familiares o cuidadores.
	2. Acepto recibir todos los servicios de hospicio del proveedor de servicios de hospicio nombrado a continuación. Entiendo que, a menos que firme un formulario para suspender los servicios de hospicio o para cambiar de proveedor de servicios de hospicio, yo debo seguir recibiendo todos los servicios de hospicio del proveedor de servicios de hospicio nombrado a continuación.
	3. Para afiliados mayores de 21 años: Entiendo que, al elegir el cuidado de hospicio por medio del beneficio de hospicio de MassHealth, yo renuncio a todos mis derechos a recibir los beneficios de MassHealth por cualquier servicio de MassHealth para el tratamiento de mi enfermedad terminal y de las afecciones relacionadas (excepto los servicios de alojamiento y comidas en un centro de enfermería especializada). Entiendo que, mientras esta elección esté en vigencia, MassHealth pagará al servicio de hospicio designado y al médico de cabecera que yo haya elegido por los cuidados para mi enfermedad terminal y las afecciones relacionadas.
	4. Entiendo que los servicios que no sean para mi enfermedad terminal o las afecciones relacionadas seguirán siendo elegibles para recibir la cobertura de MassHealth.
	5. Entiendo que, si tengo MassHealth y Medicare, yo debo elegir simultáneamente el beneficio de hospicio de MassHealth y el beneficio de hospicio de Medicare.

Reconozco y entiendo los anteriores, y elijo recibir los servicios de hospicio de MassHealth de       a partir del      .

Importante: La fecha de vigencia de la elección no puede ser anterior a la fecha en que el afiliado o el representante del afiliado firme este formulario.

Nota: Los afiliados a MassHealth que sean menores de 21 años de edad y que elijan los servicios de hospicio no renuncian a sus derechos de tener cobertura de MassHealth para los servicios del tratamiento de su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas.

Firma del [ ]  afiliado de MassHealth [ ]  tutor legal o representante autorizado

Fecha de la firma

El formulario se puede firmar de puño y letra, y luego escanerlo, o se puede firmar electrónicamente usando una herramienta de firma digital, como DocuSign o Adobe Sign. Para firmar electrónicamente, el firmante puede subir una imagen de su firma húmeda. Una firma escrita con máquina de escribir o computadora no es un formato aceptable de firma electrónica.

Nombre del tutor legal o representante autorizado (si corresponde):

Relación del tutor legal o representante autorizado con el afiliado:

## Sección E: Cambio de proveedor de servicios de hospicio *(si corresponde)*

Proveedor de servicios de hospicio de MassHealth designado recientemente

Número de proveedor de servicios de hospicio de MassHealth designado recientemente

Número de NPI del proveedor de servicios de hospicio de MassHealth designado recientemente

Nombre del afiliado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento del afiliado

Número de afiliado de MassHealth

Nombre del proveedor de servicios de hospicio actual

Fecha de vigencia de dado de alta del hospicio indicada por el proveedor de servicios de hospicio anterior

Fecha de vigencia de la elección del proveedor de servicios de hospicio designado recientemente

Nota: La fecha de vigencia de la elección de un proveedor de servicios de hospicio designado recientemente podría no ser la misma fecha de dado de alta del proveedor de servicios de hospicio anterior.

[ ]  Deseo cambiar a un proveedor de servicios de hospicio distinto.

Firma del [ ]  afiliado de MassHealth [ ]  tutor legal o representante autorizado

Fecha de la firma

El formulario se puede firmar de puño y letra, y luego escanerlo, o se puede firmar electrónicamente usando una herramienta de firma digital, como DocuSign o Adobe Sign. Para firmar electrónicamente, el firmante puede subir una imagen de su firma húmeda. Una firma escrita con máquina de escribir o computadora no es un formato aceptable de firma electrónica.

Nombre del tutor legal o representante autorizado (si corresponde)

Relación del tutor legal o representante autorizado con el afiliado

## Sección F: Cancelación de elección de beneficios de hospicio *(si corresponde)*

Número del proveedor de servicios de hospicio de MassHealth

Número de NPI del proveedor

Nombre del afiliado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento del afiliado

Número de afiliado de MassHealth

Fecha de vigencia de la cancelación

El afiliado también tiene Medicare [ ]  Sí [ ]  No

Si contestó "Sí", fecha de vigencia de la cancelación de beneficios de hospicio de Medicare:

Decido cancelar mi elección del beneficio de hospicio de MassHealth y reconozco lo siguiente.

* 1. Ya no recibiré servicios de hospicio de MassHealth a menos que yo complete un nuevo formulario de elección. Puedo completar un nuevo formulario de elección en cualquier momento, siempre y cuando yo califique para los servicios de hospicio.
	2. Al cancelar mi elección del beneficio de hospicio de MassHealth, ya no renuncio a mis derechos a recibir otros servicios cubiertos por MassHealth.

Además de mi reconocimiento anterior, entiendo que, si tengo MassHealth y Medicare, yo debo cancelar simultáneamente el beneficio de hospicio de MassHealth y el beneficio de hospicio de Medicare.

Firma del [ ]  afiliado de MassHealth [ ]  tutor legal o representante autorizado

Fecha de la firma

El formulario se puede firmar de puño y letra, y luego escanerlo, o se puede firmar electrónicamente usando una herramienta de firma digital, como DocuSign o Adobe Sign. Para firmar electrónicamente, el firmante puede subir una imagen de su firma húmeda. Una firma escrita con máquina de escribir o computadora no es un formato aceptable de firma electrónica.

Nombre del tutor legal o representante autorizado (si corresponde)

Relación del tutor legal o representante autorizado con el afiliado

## Sección G: Dar de baja del beneficio de hospicio *(si corresponde)*

Número del proveedor de servicios de hospicio de MassHealth

Número de NPI del proveedor

Nombre del afiliado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento del afiliado

Número de afiliado de MassHealth

Fecha de vigencia de dado de baja

Tipo de alta (Por favor, marque una de las siguientes casillas)

[ ]  El afiliado ya no tiene una enfermedad terminal. (El estado de salud del afiliado mejoró y ha cambiado el pronóstico de seis meses.)

[ ]  El afiliado ha decidido recibir atención en un centro hospitalario que no tiene contrato con el proveedor de servicios de hospicio.

[ ]  El afiliado está inscrito en un plan de atención médica administrada, el cual administrará las necesidades de atención de salud del afiliado. (Consulte el párrafo de Atención de la página 1 del formulario de elección para ver las aclaraciones.)

[ ]  El afiliado se mudó del área de cobertura del proveedor de servicios de hospicio.

[ ]  Dar de alta por motivo justificado según lo estipulado en 42 CFR 418.26(a)(3) debido a que la conducta del paciente (o la conducta de otras personas en el hogar del paciente) es agresiva, abusiva o no coopera al punto de que impide seriamente brindar atención al paciente o afecta la capacidad del servicio de hospicio de funcionar con eficacia. Al marcar esta casilla, el proveedor de servicios de hospicio certifica que:

* 1. Ha notificado al paciente que se está considerando darlo de alta por motivos justificados;
	2. Realizó grandes esfuerzos para resolver el(los) problema(s) presentado(s) por la conducta del paciente o la situación;
	3. Determinó que la propuesta de dar de alta al paciente no se debe al uso de servicios de hospicio necesarios de dicho paciente; y
	4. Documentó el(los) problema(s) y los esfuerzos por resolver dicho(s) problema(s), y agregó la presente documentación a sus expedientes médicos.

[ ]  Otros (explique con detalle)

Firma del empleado del proveedor de servicios de hospicio que completa el formulario

Fecha de la firma

El formulario se puede firmar de puño y letra, y luego escanerlo, o se puede firmar electrónicamente usando una herramienta de firma digital, como DocuSign o Adobe Sign. Para firmar electrónicamente, el firmante puede subir una imagen de su firma húmeda. Una firma escrita con máquina de escribir o computadora no es un formato aceptable de firma electrónica.

Nombre en imprenta del empleado del proveedor de servicios de hospicio que completa el formulario

## Sección H: Personas que solicitan la elegibilidad de MassHealth *(si corresponde)*

Si corresponde, esta sección debe completarse para las dos situaciones siguientes. Completar esta sección permite que la cobertura de MassHealth de los servicios de hospicio de una persona no comience antes de la fecha de la firma de la persona o del representante de la persona que aparece a continuación y que comience según la fecha de vigencia de la cobertura de MassHealth de la persona.

La persona cumple con los siguientes criterios cuando es admitida en el hospicio [ ]  Sí [ ]  No

* + 1. La persona declara que ella o su representante han presentado una *Solicitud de Massachusetts para la cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos* (ACA-3) o la *Solicitud de cobertura de salud para adultos mayores y personas que necesitan servicios de atención de largo plazo* (SACA-2), las cuales tienen en trámite la elegibilidad para recibir MassHealth. Fecha en que se presentó la solicitud a MassHealth (de saberla)

O

* + 1. La persona no está inscrita actualmente en MassHealth, pero puede solicitar la inscripción en un futuro.

Si contestó "Sí", por favor, revise la siguiente declaración de elección con la persona o con el representante de la persona.

## Declaración de elección

* 1. Reconozco que me han dado una explicación exhaustiva y entiendo los objetivos del cuidado de hospicio. El cuidado de hospicio tiene el propósito de aliviar el dolor y otros síntomas de mi enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, y no está destinado a ser curativo. El cuidado de hospicio se centra en brindar bienestar y apoyo para mí y para mis familiares o cuidadores.
	2. Reconozco que, si me inscribo en un tipo de cobertura de MassHealth que incluye servicios de hospicio, acepto recibir todos los servicios de hospicio del proveedor de servicios de hospicio nombrado a continuación. Entiendo que, a menos que firme un formulario para suspender los servicios de hospicio o para cambiar de proveedor de servicios de hospicio, yo debo seguir recibiendo todos los servicios de hospicio del proveedor de servicios de hospicio nombrado a continuación.
	3. Para las personas mayores de 21 años: Reconozco que, si me inscribo en un tipo de cobertura de MassHealth que incluye servicios de hospicio, al elegir el cuidado de hospicio por medio del beneficio de hospicio de MassHealth, yo renuncio a todos mis derechos a recibir los beneficios de MassHealth por cualquier servicio de MassHealth para el tratamiento de mi enfermedad terminal y de las afecciones relacionadas (excepto los servicios de alojamiento y comidas en un centro de enfermería especializada). Entiendo que, mientras esta elección esté en vigencia, MassHealth pagará al servicio de hospicio designado y al médico de cabecera que yo haya elegido por los cuidados para mi enfermedad terminal y las afecciones relacionadas.
	4. Entiendo que, si me inscribo en un tipo de cobertura de MassHealth que incluye servicios de hospicio, los servicios que no están asociados con mi enfermedad terminal o con las afecciones relacionadas continuarán calificando para la cobertura de MassHealth.
	5. Entiendo que, si me inscribo en un tipo de cobertura de MassHealth que incluye servicios de hospicio y tengo Medicare, debo elegir simultáneamente el beneficio de hospicio de MassHealth y el beneficio de hospicio de Medicare.

Reconozco y entiendo lo dicho y, si me inscribo en un tipo de cobertura de MassHealth que incluye beneficios de hospicio, yo elijo recibir los servicios de hospicio de MassHealth de       a partir del      .

Importante: La fecha de vigencia de la elección no puede ser anterior a la fecha en que el afiliado o en que el representante del afiliado firme este formulario.

Nota: Los afiliados a MassHealth que sean menores de 21 años de edad y que elijan los servicios de hospicio no renuncian a sus derechos de tener cobertura de MassHealth para los servicios del tratamiento de su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas.

Firma de la [ ]  persona o del [ ]  tutor legal o representante autorizado

Fecha de la firma

El formulario se puede firmar de puño y letra, y luego escanerlo, o se puede firmar electrónicamente usando una herramienta de firma digital, como DocuSign o Adobe Sign. Para firmar electrónicamente, el firmante puede subir una imagen de su firma húmeda. Una firma escrita con máquina de escribir o computadora no es un formato aceptable de firma electrónica.

Nombre del tutor legal o representante autorizado (si corresponde)

Relación del tutor legal o representante autorizado con la persona

Fin del formulario.