



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 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.

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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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)

a) 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.

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 _____
(Proveedor de servicios de hospicio) (Fecha de vigencia de la elección)

! 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 del afiliado de MassHealth tutor legal o representante autorizado _____ / ____ / ____
Fecha de la firma

El formulario se puede firmar de puño y letra, y luego escanearlo, 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
--	--