



Formulário de opção pelo MassHealth Hospice

Os provedores de cuidados paliativos devem enviar o Formulário de Opção pelos cuidados paliativos do MassHealth, seja eletronicamente por meio do Portal de Provedores do MassHealth LTSS, ou enviando o formulário impresso para a Unidade de Cuidados Paliativos do MassHealth, no caso de membros do MassHealth do tipo Fee-for-Service (FFS) e membros do MassHealth inscritos no Plano de Clínico Geral (Primary Clinician Plan - PCC) ou em um Plano de Organização de Cuidados Responsáveis (Accountable Care Organization - ACO) de Cuidados Primários nas seguintes circunstâncias:

- Um membro do MassHealth, incluindo um membro com dupla qualificação, opta por serviços de cuidados paliativos, revoga serviços de cuidados paliativos ou muda de prestador de cuidados paliativos; ou
- Um provedores de cuidados paliativos desativa a inscrição de um membro para receber serviços de cuidados paliativos.

IMPORTANTE: o MassHealth não paga pelos serviços de cuidados paliativos a menos que um Formulário de Opção pelos cuidados paliativos do MassHealth, preenchido, tenha sido enviado, e o MassHealth não paga pelos serviços de cuidados paliativos prestados antes da data efetiva fornecida no formulário. A data efetiva para a prestação dos serviços de cuidados paliativos não pode ser anterior à data em que o membro ou o seu representante assinar o formulário.

ATENÇÃO

- Para os membros do MassHealth que estão inscritos em um Plano de Cuidados Gerenciados (Managed Care Plan) ou em um Plano de Cuidados Integrados (Integrated Care Plan) (coletivamente “Planos de Saúde”), o provedor de cuidados paliativos deve coordenar com o membro do MassHealth e com o Plano de Saúde do membro, para que o membro opte pelos benefícios de cuidados paliativos do MassHealth. O envio deste formulário para um membro inscrito em um Plano de Saúde pode fazer com que o membro seja inadvertidamente desativado do Plano de Saúde.
- Todos os membros do MassHealth que também têm cobertura do Medicare (“membros com qualificação dupla”) devem, simultaneamente, optar e revogar os benefícios de cuidados paliativos do MassHealth e do Medicare. Para os membros com qualificação dupla que estão inscritos em um Plano de Cuidados Integrados (One Care, PACE ou SCO), o provedor de cuidados paliativos deve coordenar com o membro do MassHealth e com o plano do membro para que o membro opte pelos benefícios de cuidados paliativos do MassHealth e Medicare.

Instruções sobre o preenchimento do formulário (Preencha a seção de assinatura SOMENTE da seção que se refere à sua opção.)

Membro que optar pelos cuidados paliativos

- Preencha as Seções A, B, C e D.

Membro que mudar de provedor de cuidados paliativos

- Preencha as Seções A, B, C e E.
- Cabe ao recém-designado provedor de cuidados paliativos a responsabilidade de preencher esta seção.

Membro que revogar sua opção pelos cuidados paliativos

- Preencha as Seções A, B, C e F.

Membro que foi desativado ou estiver sendo desativado

- Preencha as Seções A, B, C e G.

Pessoa interessada em se qualificar para o MassHealth

- Preencha as Seções A, B, C e H.
- O provedor de cuidados paliativos deve enviar este formulário de opção pelos cuidados paliativos para o MassHealth quando receber aprovação do MassHealth para o tipo de cobertura do membro que inclui os serviços de cuidados paliativos.

Como enviar

Os provedores de cuidados paliativos podem enviar este formulário eletronicamente por meio do Portal de provedor do MassHealth LTSS: www.masshealthltss.com

Como alternativa, os provedores de cuidados paliativos podem enviar o formulário preenchido:

Por fax: (855) 656- 3381 ou Pelo correio:
MassHealth LTSS-Hospice Enrollment Unit
PO Box 159108
Boston, MA 02215

Entre em contato com o MassHealth LTSS Provider Service Center pelo número (844) 368-5184 se tiver alguma pergunta sobre o formulário.

Seção A: Informações do provedor (obrigatório)

Número do provedor de cuidados paliativos do MassHealth 	Número de telefone dos cuidados paliativos 	Número do Identificador Nacional de Provedor (NPI)
Nome do provedor de cuidados paliativos	Endereço do provedor de cuidados paliativos	
Nome da instituição de enfermagem (se pertinente)	Número NPI da instalação de enfermagem (se pertinente) 	
Endereço da instituição de enfermagem (se pertinente)		

Seção B: Informações do membro (obrigatório)

Número do membro do MassHealth 	
Nome do membro (sobrenome, nome, inicial do meio)	Número de telefone do membro
Endereço do membro (número e rua, número do apartamento, cidade, estado e código postal)	

Data de nascimento do membro

____ / ____ / _____

Paciente pediátrico (menor de 21anos)

Sim Não

! A data efetiva do serviço de cuidados paliativos do MassHealth não pode ser anterior à data em que o membro ou o representante do membro assinar o formulário de opção.

Data de admissão aos cuidados paliativos ____ / ____ / _____	Data de entrada em vigor dos cuidados paliativos do MassHealth ____ / ____ / _____	Código de diagnóstico dos cuidados paliativos (ICD-10)
Nome do médico responsável (se pertinente)		Número do telefone do médico responsável (se pertinente)

Seção C: Informações do MassHealth, Medicare e outros seguros (obrigatório)

O membro estava inscrito no MassHealth quando foi admitido para os cuidados paliativos Sim Não

Se "Não", leia a Seção H: Pessoa interessada em se qualificar para o MassHealth

O membro também tem Medicare <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de opção pelos cuidados paliativos do Medicare (se pertinente) ____ / ____ / _____
Se "Sim", número de ID do membro beneficiário do Medicare 	

Informações de outro seguro

O membro tem cobertura de outro seguro com benefício de cuidados paliativos (se souber) Sim Não

Nome da seguradora (se pertinente)	Número da apólice (se pertinente)
------------------------------------	-----------------------------------

Seção D: Declaração de opção (quando pertinente)

- a) Declaro que recebi uma explicação completa e que entendi a finalidade dos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos visam aliviar a dor e outros sintomas relacionados à minha doença terminal e às condições decorrentes, e não visam ser curativos. Os cuidados paliativos concentram-se em oferecer conforto e apoio para mim e para a minha família e cuidadores.
- b) Concordo em receber todos os serviços de cuidados paliativos prestados pelo provedor mencionado abaixo. Entendo que, a menos que eu assinie um formulário que interrompa os serviços de cuidados paliativos, ou mude de provedores de cuidados paliativos, eu preciso continuar a receber todos os

Seção F: Revogação da opção pelos cuidados paliativos *(quando pertinente)*

Número do provedor de cuidados paliativos do MassHealth 	Número do Identificador Nacional de Provedor (NPI) 	
Nome do membro (sobrenome, nome, inicial do meio)	Data de nascimento do membro ____ / ____ / ____	
Número do membro do MassHealth 	Data efetiva da revogação ____ / ____ / ____	
O membro também tem Medicare <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Se "Sim", data efetiva de revogação da opção pelos cuidados paliativos do Medicare ____ / ____ / ____		

Eu escolhi revogar minha opção pelo benefício de cuidados paliativos do MassHealth e confirmo que:

- Eu não receberei mais os serviços de cuidados paliativos do MassHealth, a menos que eu assine um novo formulário de opção. Posso assinar um novo formulário de opção a qualquer momento, desde que eu esteja qualificado para os serviços de cuidados paliativos.
- Ao revogar minha opção pelo benefício de cuidados paliativos do MassHealth, eu não renunciarei ao direito de receber outros serviços cobertos pelo MassHealth.

Em aditamento à confirmação acima, entendo que, se eu tiver o MassHealth e o Medicare, precisarei revogar simultaneamente os benefícios de cuidados paliativos do MassHealth e do Medicare.

_____/_____/_____
Assinatura de Membro do MassHealth Responsável legal/Representante autorizado Data da assinatura

O formulário pode ser assinado à mão e depois escaneado, ou pode ser assinado eletronicamente usando-se uma ferramenta de assinatura digital, como o DocuSign ou o Adobe Sign. Em assinaturas eletrônicas, o assinante pode carregar uma imagem de sua assinatura molhada. O texto digitado de uma assinatura não é uma forma aceitável de assinatura eletrônica.

Nome do responsável legal/representante autorizado (se pertinente)	Relação do responsável legal/representante autorizado com o membro
--	--

Seção G: Desativação dos cuidados paliativos *(quando pertinente)*

Número do provedor de cuidados paliativos do MassHealth 	Número do Identificador Nacional de Provedor (NPI) 	
Nome do membro (sobrenome, nome, inicial do meio)	Data de nascimento do membro ____ / ____ / ____	
Número do membro do MassHealth 	Data efetiva da desativação ____ / ____ / ____	

Tipo de desativação (Marque uma das caixas a seguir)

- O membro não está mais em fase terminal. (A condição de saúde do membro melhorou, e o prognóstico de seis meses mudou.)
- O membro escolheu receber cuidados em uma instalação para pacientes internados com a qual o provedor de cuidados paliativos não tem contrato.
- O membro está inscrito em um plano de cuidados gerenciados que irá gerenciar as necessidades de saúde do membro. (Leia os esclarecimentos do parágrafo "Atenção" na primeira página do formulário de opção.)
- O membro mudou-se da área de atendimento do provedor de cuidados paliativos.
- Alta por justa causa, de acordo com o 42 CFR 418.26(a)(3), porque o comportamento do paciente (ou de outras pessoas da casa do paciente) é perturbador, abusivo ou não cooperativo a ponto de prejudicar seriamente a prestação de cuidados ao paciente ou a capacidade de o serviço de cuidados paliativos operar eficazmente. Ao marcar esta caixa, o provedor de cuidados paliativos certifica que:

- Avisou ao paciente que a alta por justa causa está sendo considerada;
- Empreendeu grande esforço para resolver os problemas apresentados pelo comportamento ou situação do paciente;
- Determinou que a alta proposta do paciente não é devido ao uso pelo paciente dos serviços de cuidados paliativos necessários e

d) Documentou os problemas e os esforços empreendidos para resolvê-los e anexou esta documentação aos seus prontuários médicos.

Outros (explicar detalhadamente)

_____/_____/_____
Assinatura da pessoa da equipe do provedor de cuidados paliativos que preencheu o formulário

_____/_____/_____
Data da assinatura

O formulário pode ser assinado à mão e depois escaneado, ou pode ser assinado eletronicamente usando-se uma ferramenta de assinatura digital, como o DocuSign ou o Adobe Sign. Em assinaturas eletrônicas, o assinante pode carregar uma imagem de sua assinatura molhada. O texto digitado de uma assinatura não é uma forma aceitável de assinatura eletrônica.

Nome em letra de fôrma da pessoa da equipe do provedor de cuidados paliativos que preencheu o formulário

Seção H: Pessoa interessada em se qualificar para o MassHealth *(quando pertinente)*

Esta seção deve ser preenchida, quando pertinente, para os dois cenários a seguir. A conclusão desta seção permite que a cobertura do MassHealth para os serviços de cuidados paliativos de uma pessoa não comece antes da data de assinatura pela pessoa ou pelo representante da pessoa abaixo, e de acordo com a data efetiva da cobertura do MassHealth da pessoa.

A pessoa atende aos critérios abaixo no momento da admissão aos cuidados paliativos Sim Não

1. A pessoa confirma que ela ou o seu representante legal enviaram o Pedido de Cobertura Odontológica e de Saúde e Ajuda para Pagar Custos de Massachusetts (Massachusetts Application for Health and Dental Coverage - ACA-3) ou a Cobertura de Saúde para Idosos e Pessoas que Necessitam de Serviços de Cuidados de Longo Prazo (Application for Health Coverage for Seniors and People Needing Long-Term-Care Services - SACA-2) que está pendendo aprovação de qualificação pelo MassHealth. Data em que o pedido foi enviado ao MassHealth (se conhecida)

_____/_____/_____

Ou

2. A pessoa não está atualmente inscrita no MassHealth mas poderá pedir cobertura do MassHealth futuramente.

Se “Sim”, leia a declaração de opção abaixo junto com a pessoa e/ou o representante da pessoa.

Declaração de opção

- a) Declaro que recebi uma explicação completa e que entendi a finalidade dos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos visam aliviar a dor e outros sintomas relacionados à minha doença terminal e às condições decorrentes, e não visam ser curativos. Os cuidados paliativos concentram-se em oferecer conforto e apoio para mim e para a minha família e cuidadores.
- b) Confirmo que, se eu me inscrever em um tipo de cobertura do MassHealth que inclua serviços de cuidados paliativos, eu concordo com receber todos os serviços de cuidados paliativos prestados pelo provedor mencionado abaixo. Entendo que, a menos que eu assine um formulário que interrompa os serviços de cuidados paliativos, ou mude de provedores de cuidados paliativos, eu preciso continuar a receber todos os serviços de cuidados paliativos do provedor de cuidados paliativos mencionado abaixo.
- c) Pessoas com 21 anos ou mais de idade: Confirmo que se eu me inscrever em um tipo de cobertura do MassHealth que inclua serviços de cuidados paliativos, entendo que ao optar pelos cuidados paliativos oferecidos pelos benefícios de cuidados paliativos do MassHealth, eu renuncio a todos os direitos aos benefícios do MassHealth para quaisquer serviços do MassHealth relacionados ao tratamento da minha doença terminal e condições decorrentes (excluindo acomodação e alimentação em uma instituição de enfermagem). Entendo que, enquanto esta opção estiver em vigor, o MassHealth fará pagamentos relacionados à minha doença terminal e condições decorrentes somente para os cuidados paliativos e médico encarregado designados, que eu escolhi.
- d) Entendo que se eu me inscrever em um tipo de cobertura do MassHealth que inclua serviços de cuidados paliativos, os serviços que não estão relacionados à minha doença terminal ou condições decorrentes continuarão a se qualificar para cobertura pelo MassHealth.
- e) Entendo que, se eu me inscrever em um tipo de cobertura do MassHealth que inclua serviços de cuidados paliativos e eu tiver Medicare, precisarei optar simultaneamente pelos benefícios de cuidados paliativos do MassHealth e do Medicare.

Confirmo e entendo o acima exposto, e se eu me inscrever em um tipo de cobertura do MassHealth que inclua serviços de cuidados paliativos, eu optarei por receber os serviços de cuidados paliativos do MassHealth de

com início em _____

(Provedor de cuidados paliativos)

(Data efetiva da opção)

! Importante: a data efetiva da opção não pode ser anterior à data em que a pessoa ou o representante da pessoa assinar este formulário.

Observação: os membros do MassHealth com menos de 21 anos, que optam pelos serviços de cuidados paliativos, não renunciam ao direito à cobertura do MassHealth dos serviços relacionados ao tratamento de sua doença terminal e condições decorrentes.

_____ / ____ / _____
Assinatura de Pessoa Responsável legal/Representante autorizado Data da assinatura

O formulário pode ser assinado à mão e depois escaneado, ou pode ser assinado eletronicamente usando-se uma ferramenta de assinatura digital, como o DocuSign ou o Adobe Sign. Em assinaturas eletrônicas, o assinante pode carregar uma imagem de sua assinatura molhada. O texto digitado de uma assinatura não é uma forma aceitável de assinatura eletrônica.

Nome do responsável legal/representante autorizado (se pertinente)	Relação do responsável legal/representante autorizado com a pessoa
--	--